

Reisemedizinische Beratung

Diese Datenerhebung ist Arbeitsgrundlage des ärztlichen Personals. Ohne diese Informationen können wir Sie nicht impfen. Bitte vollständig ausfüllen/ausdrucken, zum Impftermin mitbringen und alle Impfpässe mitbringen!

Impfanamnese für:

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Abreisetag: _____ Reiseziel: _____

Reisedauer (Tage): _____

⇒ **Sie machen eine Rundreise?** Bitte führen Sie handschriftlich die genauen Reisezeiten (Ankunft/Abreise aus dem jeweiligen Land), die einzelnen Länder, auch wenn es vielleicht nur ein Transitland ist auf. Jedes Land - auch wenn es der gleiche Kontinent ist - kann unterschiedliche Bestimmungen, Voraussetzungen und klimatische Gegebenheiten bieten. Somit muss die Beratung angepasst werden und auch die empfohlenen Impfungen und Empfehlungen für eine Malariaprophylaxe können variieren.

Reisedaten Rundreise: _____

Reiseart (bitte ankreuzen):

☐ Pauschalreise an festbestehenden Ort

☐ Kreuzfahrt/Seefahrt

☐ Pauschalreise mit geführten Ausflügen

☐ Selbstorganisierte Individualreise

☐ Geführte Rundreise

☐ Besuch von Familie/Freunden

☐ Beruflicher Auslandsaufenthalt
(ggf. Beruf, Praktikum, Freiwilligendienst)

Unterbringung (bitte ankreuzen):

- ☐ Europäischer Standard ☐ Standard des Reiselandes
- ☐ Sehr einfache Bedingungen

Kontakte zur einheimische Bevölkerung (bitte ankreuzen):

- ☐ eher gering ☐ eher intensiver

Gesundheitsfragen (bitte ankreuzen):

	Ja	Nein
Planen Sie andere Impfungen oder OPs in den 4 Wochen vor/nach der Vorstellung bei uns (4 Wochen vor und nach einer Gelbfieberimpfung können keine anderen Lebendimpfungen erfolgen)	☐	☐
Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank?	☐	☐
Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung oder waren Sie jemals schwer erkrankt? (wie z.B. Epilepsie, Diabetes mel., Krebs, HIV, Leber- und Nierenerkrankungen, Herzerkrankungen, hoher Blutdruck, Thymuserkrankung - oder Thymus-OP)	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z.B. Cortison, Chemotherapie, Gerinnungshemmer, Immunsuppressiva, Blutdruckmedikamente) Wenn ja, welche?	☐	☐

Hatten Sie jemals eine Thrombose oder eine Lungenembolie?	☐	☐
Haben Sie eine Überempfindlichkeit oder Allergie gegen Hühnereiweiß oder Medikamente? Wenn ja, gegen was?	☐	☐

Haben Sie nach einer Impfung/ Blutentnahme jemals ungewöhnlich reagiert?	☐	☐
Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie zur Zeit?	☐	☐

Datum

Unterschrift

Unterschrift Sorgeberechtigter (falls noch keine keine Volljährigkeit)

.....
Folgetermin Datum (wird durch das Gesundheitsamt ausgefüllt): _____

Die Angaben sind weiterhin korrekt:

Unterschrift