

Gesundheitsamt Brake, Landkreis Wesermarsch – 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 _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ Email _____

Abreisetag _____ Reiseziel _____

Reisedauer (Tage) _____

Reiseart: (bitte ankreuzen)

Pauschalreise an festbestehenden Ort ☐

Pauschalreise mit geführten Ausflügen ☐

Geführte Rundreise ☐

Kreuzfahrt/Seefahrt ☐

Selbstorganisierte Individualreise ☐

Besuch von Familie/Freunden ☐

Beruflicher Auslandsaufenthalt ☐

(ggf. Beruf, Praktikum, Freiwilligendienst)

Unterbringung: (bitte ankreuzen)

Europäischer Standard ☐

Sehr einfache Bedingungen ☐

Standard des Reiselandes ☐

Kontakte zur einheimische Bevölkerung: (bitte ankreuzen)

Eher gering ☐

eher intensiver ☐

Gesundheitsfragen: (bitte ankreuzen)

Wurden Sie bereits reisemedizinisch beraten? Von: _____

Ja

Nein

☐

☐

	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?	☐	☐
<i>Bei Frauen:</i> Sind Sie schwanger oder stillen Sie zur Zeit?	☐	☐

Datum: _____ Unterschrift _____

Unterschrift Sorgeberechtigter (falls noch keine Volljährigkeit)

Folgetermin Datum (wird durch das Gesundheitsamt ausgefüllt) _____

Die Angaben sind weiterhin korrekt: Unterschrift _____