

Zum Verbleib beim Arzt/Apotheke

# Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

## Reise-Impfberatung



Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Reisedaten

Reiseländer	Ankunft			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr:						

### Reisebedingungen

- Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)
- Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)
- Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

### Art der Reise

- Badeurlaub     Sporturlaub (Sportart.....)  
 Rundreise     Trekking-Tour (Höhe.....)  
 Geschäftsreise     Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

### Anamnese

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/<br>-unverträglichkeit?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche?<br>_____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen<br>oder Medikamente bekannt?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blut-<br>abnahmen Schwächezustände bekannt?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder<br>Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden/Litten Sie an einer<br>• chronischen Krankheit?<br>• einer bösartigen Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche?<br>_____<br>_____<br>_____    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Wurden in den letzten 4 Wochen<br>Impfungen bei Ihnen durchgeführt?<br>Wenn ja, welche?<br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bei Frauen:<br>Besteht eine Schwangerschaft<br>oder ist eine geplant?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte<br>unbedingt mit.                           |                          |                          |

**Wichtiger Hinweis:**  
**Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!**

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Reisenden \_\_\_\_\_



# Impfplan für die Reise nach \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieben	Impfung gegen	Grundimmunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche Impfungen	Impfplan			
		ja	nein		1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
					Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A+B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Typhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Tollwut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Meningokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Jap. Enzephalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

\* Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

Anmerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<b>Malaria-Prophylaxe</b>	<input type="checkbox"/> Expositionsprophylaxe	<input type="checkbox"/> Chemoprophylaxe mit _____	<input type="checkbox"/> Standby-Medikation _____
--------------------------	---------------------------	--	--	---

Anmerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_