



Liebe Reisende, lieber Reisender,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen möglichst vollständig nach Ihrem Wissenstand aus. Exakte Angaben tragen zu einer besseren Beratung bei.
Ohne ausgefüllten Bogen, der mindestens 2 Tage vor dem Beratungsgepräch (Email/Fax/Post) bei uns vorliegen muss, kann keine Beratung erfolgen, da wir uns anhand der aktuellen Impfpfehlungen zu Ihrem speziellen Reiseziel vorbereiten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit,
Ihr Praxisteam am Gillbach

Name: _____

Reiseziel (möglichst genaue Angaben zu bereisten Regionen + Städten):

Art der Reise: 0 Reisebedingung 1:
 Rucksack-/Trekkingreise, Reise durch das Landesinnere unter einfachen
 Bedingungen mit einfachen Quartieren/Hotels bzw. Campingreisen,
 Langzeitaufenthalt, praktische Tätigkeit im Gesundheits- oder Sozialwesen
 oder enger Kontakt zur einheimischen Bevölkerung
 0 Reisebedingung 2:
 Pauschalreise mit Unterkunft und Verpflegung in Hotels und Restaurants
 mittleren bis gehobenen Standards, Aufenthalt in Städten oder touristischen
 Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere
 0 Reisebedingung 3:
 Pauschalreise mit Unterkunft und Verpflegung in Hotels und Restaurants
 gehobenen bis europäischen Standards, Aufenthalt ausschließlich in
 Großstädten bzw. Touristikzentren

Reisetermine: Hinreise am _____ / Rückreise am _____

Reisedauer gesamt: _____

Flugdauer: _____

Allergien: 0 nein
 0 ja: 0 Hühnereiweiss
 0 Impfstoffbestandteile (z.B. Strepto- o. Neomycin)

0 Sonstige: _____



Impfkomplikationen in der Vorgeschichte: nein ja, welche ?

Medikamente: nein
 ja:

Blutverdünner (Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa)

Kortison (bitte Präparat + Tagesdosis in mg angeben)
_____, _____ mg/Tag

Immunsupprimierende Therapie

Sonstige: _____

Schwangerschaft: nein

ja

Vorerkrankungen: nein
 Ja:

akute Erkrankung in den letzten 14 Tagen:

chronische Erkrankung wie Asthma / COPD,
Diabetes, Herzrhythmusstörung:

Immundefekt

psychische Erkrankung (wichtig bei Malariamittel):

Erkrankung des zentralen Nervensystems:

Krampfadern

Thrombose/Lungenembolie in der Vorgeschichte

Nikotin + Ovulationshemmer (Pille)



Johann-Päffgen-Str. 20 , 41569 Rommerskirchen, Tel. 02183/9898, Fax 02183/4219764, www.Praxis-am-Gillbach.de
Info@Praxis-am-Gillbach.de

Haben Sie in den letzten 4 Wochen bereits eine Impfung erhalten:

nein ja, welche und wann: _____

Haben Sie in den letzten 3 - 6 Monaten Immunglobuline erhalten?

nein ja, welche und wann: _____

Ist in den nächsten 2 Wochen eine Operation bei Ihnen geplant?

nein ja, welche und wann: _____

Welche Impfungen wurden bereits durchgeführt (bitte Impfausweis beilegen)?

- Tetanus/Diphtherie am _____
- Polio am _____
- Pertussis am _____
- Hepatitis A am _____
- Hepatitis B am _____
- FSME am _____
- Masern /Mumps/ Röteln am _____
- Windpocken am _____
- Pneumokokken am _____
- Grippe am _____
- Meningokokken am _____
- Typhus am _____
- Tollwut am _____
- Sonstige: welche, wann?: _____

Mir ist bekannt, dass ich die Kosten für die im Reiseland erforderlichen Impfstoffe, die Impfungen sowie das Beratungsgespräch/Untersuchungen und ggf. erforderlicher Bescheinigungen selbst tragen muss, unabhängig von einer späteren Erstattungsmöglichkeit an mich durch meine gesetzliche oder private Krankenkasse. Ich wurde darauf hingewiesen, dass weitere Kosten entstehen können, wenn zusätzliche Untersuchungen bei anderen Ärzten oder Labors durchgeführt werden müssen (z.B. Bestimmung des Hepatitis-titers). In diesem Fall erhalte ich die Rechnung direkt vom Leistungsbringer.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter