

Name, Vorname, Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Berufliche Tätigkeit
Tel.- Nr.:

**Anamnese zur Reiseimpfung: (Zutreffendes bitte ankreuzen. Alle Angaben sind freiwillig.)**

	ja	nein	welche
1. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/ -unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Besteht eine andere Allergie/ Unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Haben Sie in der Vergangenheit Impfungen oder Medikamente nicht vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Ist es schon einmal bei einer Impfung oder Blutabnahme/ Injektion zu einem Kollaps gekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Leiden/ Litten Sie an einer chronischen Erkrankung? (auch HIV-Infektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
7. Leiden/ Litten Sie an einer bösartigen Erkrankung mit Chemotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
8. Leiden/ Litten Sie an einer Hauterkrankung? (Schuppenflechte, Neurodermitis o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
9. Sind in der Familie Nervenkrankheiten, Anfallsleiden oder Depressionen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
11. Nehmen Sie Kortikosteroide ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Reisedaten

### Reisezeit und Reisedauer

---

### Ziel der Reise

Reiseland oder-länder:

---

Städtereise:

---

genaue Region:

---

### Art der Reise

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Badeurlaub     | <input type="checkbox"/> Sporturlaub (Sportart.....)              |
| <input type="checkbox"/> Rundreise      | <input type="checkbox"/> Trekking-Tour (Höhe.....)                |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsreise | <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen) |
| <input type="checkbox"/> Familienurlaub | <input type="checkbox"/> Reisegruppe                              |
| <input type="checkbox"/> Singleurlaub   |   |

### Reisebedingungen

- Reise unter einfachen Bedingungen(Rucksack, Trekking-Tour, Campingurlaub, einfaches Hotel, private Unterkunft)
- Reise in Städte oder touristische Zentren, organisierte Ausflüge ins Landesinnere (Hotel mittleren bis gehobenen Standards)
- Reise nur in Großstädte und touristische Zentren (Hotel gehobenen bzw. europäischen Standards)

Zu der ärztlichen Impfberatung benötigen wir unbedingt Ihren **Impfausweis**. Den Impfstoff, den Sie in der Apotheke kaufen, lassen Sie bitte in unsere Praxis liefern.

Impfstoff muss im Kühlschrank gelagert werden. Teilweise ist auch der Transport in einer Kühlbox notwendig.

Außerdem möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass sämtliche ärztliche Leistungen (Impfberatung, Untersuchung zur und Durchführung der Impfung) keine Leistungen sind, die von Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.

Zur Kalkulation der entstehenden Kosten lassen Sie sich bitte unseren Katalog „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) zeigen.

Nach durchgeführter Impfberatung und Impfung erhalten Sie von uns eine **Rechnung**.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_