

Impfplan für die Reise nach _____

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Für die Reise empfohlen bzw. vorgssserien Impfungen	Impfung gegen	Grund- immunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche Impfungen	Impfplan			
		Ja	nein		1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
					Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
☐	Tetanus	☐	☐					
☐	Diphtherie	☐	☐					
☐	Polio	☐	☐					
☐	Pertussis	☐	☐					
☐	Masern	☐	☐					
☐	Gelbfieber*	☐	☐					
☐	Hepatitis A	☐	☐					
☐	Hepatitis B	☐	☐					
☐	Hepatitis A+B	☐	☐					
☐	Typhus	☐	☐					
☐	Tollwut	☐	☐					
☐	Meningokokken	☐	☐					
☐	Cholera	☐	☐					
☐	Jap. Enzephalitis	☐	☐					
☐	FSME	☐	☐					
☐	Grippe	☐	☐					
☐	Dengue	☐	☐					
☐	Pneumokokken	☐	☐					
☐	Chikungunya	☐	☐					

* Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

☐	Malaria-Prophylaxe	☐ Expositionsprophylaxe	☐ Chemoprophylaxe mit _____	☐ Standby-Medikation _____
--------------------------	--------------------	--	---	--

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Reise-Impfberatung



Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Reisedaten

Reise-Länder	Aufenthalt			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr:						

Reisebedingungen

- 1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-Trekking-, Individualreisen mit Hostel, Jarri in einfachen Quartieren/Hotels, Campingurlaub)
- 2 Aufenthalt in Städten oder tourist. Hauptreisen mit eher organisierten und/oder Geschäftsreisen bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Feststakassen, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)
- 3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristenzentren (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?	☐	☐
2. Besteht eine höherwertige/allergie(-verdächtige) Erkrankung?	☐	☐
3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche? _____	☐	☐
4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	☐	☐
5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutentnahmen Schwächezustände bekannt?	☐	☐
6. Fieber/Fristen Sie oder Familienmitglieder Krankheiten/andere neurologische Erkrankungen?	☐	☐
7. Leiden/Leiten Sie an einer - chronischen Krankheit? - einer bösartigen Erkrankung?	☐	☐
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ _____ _____	☐	☐

	ja	nein
9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche? _____	☐	☐
10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	☐	☐
11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.		

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

Bereits bezahlte, z.B. über die im Ausland der von im ewohnenden (reisemedizinischen) Beratung entstandenen Kosten (für Beratung-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert werden sie erst und erstatten nach der privaten Kostenübernahme bereit.

Datum _____ Unterschrift des Reisenden _____

Impfplan/ggf. Malaria-Prophylaxe s. Rückseite ►