

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Impfberatung von Reisenden mit chronischen Erkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Reisedaten

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

Reisebedingungen

1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)

2 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)

3 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. Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie eine Krebserkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wie lautet Ihre Erkrankung? | | |
| _____ | | |
| 4. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 7. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| 11. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 12. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 _____

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

Anmerkungen _____
