

Impf-und Reisemedizinische Beratung

Name: _____

Vorname: _____ Geb.-Datum : _____

Straße: _____ PLZ: _____

Ort : _____ Tel Nr.: _____

Reisemedizinische Information

Reiseländer : _____

Reisezeit: _____

Reiseroute : _____

(detaillierte Auflistung) _____

Art der Reise: Badeurlaub _____ Rundreise _____ Geschäftsreise _____

Reisestil: einfach _____ touristische Zentren: _____ Großstädte: _____

Sportarten: Tauchen _____ Bergsteigen: _____ Andere Sportarten : _____

Persönliche Daten :

Fühlen Sie sich gesund: ja _____ nein _____,

Hühnereiweißallergie: ja _____ nein _____

Allergien allgemein : ja _____ nein _____,

Nervenkrankheiten: ja _____ nein _____

chronische Krankheiten: ja _____ nein _____, wenn ja welche : _____

Impfungen innerhalb der letzten 4 Wochen: ja _____ nein _____, Schwangerschaft: ja _____ nein _____

Wenn Sie HIV positiv sind, teilen Sie uns dies bitte mit.

Regelmäßige Medikamente : _____

Bitte informieren sie sich einen Tag vor geplanter Impfung, ob der Impfstoff in die Praxis geliefert worden ist!

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

Über die Bedeutung der Einhaltung der Kühlkette beim Impfstofftransport wurde ich informiert.

Datum _____ Unterschrift _____