



**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Tel Nr.:** \_\_\_\_\_

**(bitte leserlich schreiben)**

**Reiseländer:** \_\_\_\_\_

**Reisedatum:** \_\_\_\_\_

**Reiseroute + Flugroute:**  
**(detaillierte Auflistung mit genauen Aufenthaltsorten)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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.

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_