

Diese Datenerhebung ist Arbeitsgrundlage des ärztlichen Personals. Ohne diese Erhebung können wir Sie nicht impfen.

Bitte vollständig ausfüllen und zum Impftermin mitbringen!

Impfanamnese / Reiseanamnese (bei Bedarf)

Name /Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse/ Hausnr. _____

PLZ /Wohnort _____

Telefon (tagsüber) _____ Reiseziele _____

Abreisetag _____ Reisedauer _____

Reiseart (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Pauschalreise an einen feststehenden Ort | <input type="checkbox"/> | Selbstorganisierte Individualreise | <input type="checkbox"/> |
| Geschäftsreise | <input type="checkbox"/> | geführte Rundreisen | <input type="checkbox"/> |
| Pauschalreise mit geführten Landausflügen | <input type="checkbox"/> | Kreuzfahrt/ Seefahrt | <input type="checkbox"/> |
| Beruflicher Auslandsaufenthalt
(ggf. Beruf, Praktikum, FSJ) | <input type="checkbox"/> | Familienbesuch | <input type="checkbox"/> |

Unterbringung (zutreffendes ankreuzen)

- Europäischer Standard Standard des Reiselandes Sehr einfache Bedingungen

Kontakte zur einheimischen Bevölkerung (zutreffendes ankreuzen)

- Eher gering Eher intensiver

Gesundheitsfragen (zutreffendes ankreuzen)

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wurden Sie bereits für diese Reise medizinisch beraten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, bei wem? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie in den letzten 4 Wochen gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR) geimpft worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? (Krampf- oder Nervenleiden, Zucker, Krebs, AIDS, Abwehrschwäche, chronische Leber- oder Nierenleiden, Netzhauterkrankungen, Herz- oder Kreislauferkrankung, Thymuserkrankung oder - OP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen in den letzten vier Wochen? (Fieber, Durchfall, Unwohlsein, Operationen?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nur für Frauen: Sind Sie schwanger oder ist eine Schwangerschaft geplant? Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Können Sie Hühnereier essen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Allergien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Waren Sie mal an Gelbsucht erkrankt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (zum Beispiel Cortison, B-Blocker, Zytostatika, gerinnungshemmende Medikamente, Psychopharmaka oder andere) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie auf eine Impfung einmal ungewöhnlich reagiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Drs. Stiller/Eser/Schertl/Ilea, Brentanostr. 22, 86167 Augsburg, Tel. 0821/ 650 97 90

Bitte beachten Sie die Impf- und Beratungsgebühren

Ka 04/2015 Es 06/15