Zum Verbleib beim Arzt

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Reise-Impfberatung

TRAVEL MED®
REISEN & GESUNDHEIT
www.travelmed.de

Name: .....

Vorname: .....

PLZ: .....Ort: .....

Straße: .....

Tel.: .....

Beruf: .....

Geburtsdatum: .....

Geschlecht: M ☐ W ☐

Reisedaten

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

Art der Reise

- ○ Badeurlaub
- ○ Rundreise
- ○ Geschäftsreise
- ○ Sporturlaub (Sportart.....)
- ○ Trekking-Tour (Höhe.....)
- ○ Langzeitaufenhalt (länger als 6 Wochen)

Reisebedingungen

1 Aufenthalt im Landesinnneren 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)

Anamnese

	ja	nein
1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	○	○
2. Besteht eine Hühnereiweiß-allergie/-unverträglichkeit?	○	○
3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche?	○	○
4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	○	○
5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt?	○	○
6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?	○	○
7. Leiden/Litten Sie an einer chronischen Krankheit?	○	○
einer bösartigen Erkrankung?	○	○
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	○	○
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!

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 des Reisenden

© CRM Centrum für Reisemedizin Düsseldorf

Impfplan/ggf. Malaria-Prophylaxe s. Rückseite ➤

Impfplan für die Reise nach .....

TRAVEL MED® REISEN & GESUNDHEIT

Name: ..... Vorname: ..... Alter: .....

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieben	Impfung gegen	Grund-immunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche Impfungen	**Impfplan**			
					1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
		ja	nein		Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
❍	**Tetanus**	❍	❍					
❍	**Diphtherie**	❍	❍					
❍	**Polio**	❍	❍					
❍	**Hepatitis A**	❍	❍					
❍	**Hepatitis B**	❍	❍					
❍	**Hepatitis A+B**	❍	❍					
❍	**Typhus**	❍	❍					
❍	**Tollwut**	❍	❍					
❍	**Meningokokken**	❍	❍					
❍	**Cholera**	❍	❍					
❍	**Gelbfieber***	❍	❍					
❍	sonstige Impfung**	❍	❍					
❍		❍	❍					

* Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

** z.B. Japan. Enzephalitis, FSME, Grippe, Pneumokokken etc.

Anmerkungen _____

❍	**Malaria-Prophylaxe**	❍ Expositions-prophylaxe	❍ Chemoprophylaxe mit	❍ Standby-Medikation .....

Anmerkungen _____

© CRM Centrum für Reisemedizin Düsseldorf

Impfstatus-Bogen Fortsetzung

TRAVEL MED® REISEN & GESUNDHEIT

Impfung gegen	Grundimmun. abgeschlossen Monat / Jahr	Datum G / A	Impfstoff Chargen-Nr.	R L	Datum G / A	Impfstoff Chargen-Nr.	R L	Datum G / A	Impfstoff Chargen-Nr.	R L	Datum G / A	Impfstoff Chargen-Nr.	R L
Tetanus													
Diphtherie													
Polio													
Hepatitis A													
Hepatitis B													
Hepatitis A+B													
Typhus													
Tollwut													
Meningokokken													
Cholera													
Gelbfieber													
sonstige Impfung**													

** z.B. Japan. Enzephalitis, FSME, Grippe, Pneumokokken etc.

G - Grundimmunisierung
A - Auffrischimpfung

R - rechts
L - links

Anmerkungen _____

© CRM Centrum für Reisemedizin Düsseldorf

Zum Verbleib beim Arzt

Impfstatus-Bogen zur fortlaufenden Dokumentation erfolgter Impfungen

TRAVEL MED® REISEN & GESUNDHEIT

Name: ..... Straße: ..... Geburtsdatum: .....

Vorname: ..... PLZ / Ort ..... Geschlecht: M ❑ W ❑

Impfung gegen	Grundimmun. abgeschlossen Monat / Jahr	Datum G / A	Impfstoff Chargen-Nr.	R L	Datum G / A	Impfstoff Chargen-Nr.	R L	Datum G / A	Impfstoff Chargen-Nr.	R L	Datum G / A	Impfstoff Chargen-Nr.	R L
Tetanus													
Diphtherie													
Polio													
Hepatitis A													
Hepatitis B													
Hepatitis A+B													
Typhus													
Tollwut													
Meningokokken													
Cholera													
Gelbfieber													
sonstige Impfung**													

**z.B. Japan. Enzephalitis, FSME, Grippe, Pneumokokken etc.

G - Grundimmunisierung
A - Auffrischimpfung

R - rechts
L - links

Anmerkungen _____