

Reisemedizinische Beratung

Name	_____	Reiseland / -Stadt	_____
Vorname	_____	Reisedauer	_____
Geburtsdatum	_____	Abreisedatum	_____
Straße, Hausnummer	_____		
PLZ, Wohnort	_____		
Welche Aktivitäten sind geplant?	_____		
Reiseunterkunft	_____		

Anamnese

Leiden Sie zurzeit an einer akuten oder chronischen Erkrankung?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie früher eine Nerven- oder Gehirnhautentzündung?

Nein Ja

Besteht eine Überempfindlichkeit oder Allergie gegen Hühnereiweiß?

Nein Ja

Besteht sonst eine Allergie (z.B. Konservierungsmittel, Latex, Antibiotika)?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen eine Schuppenflechte (Psoriasis) bekannt?

Nein Ja

Ist bei Ihnen eine Immunschwäche bekannt?

Nein Ja

Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen / Schluckimpfungen erfolgt?

Nein Ja

Neigen Sie zu Kreislaufschwäche / Ohnmacht nach Injektionen?

Nein Ja

Bestehen sonstige Unverträglichkeiten?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? (Nikotinpflaster für Langstreckenflug empfohlen)

- Nein Ja

Besteht bei Ihnen Flugangst? (Pascoflair gegen Flugangst empfohlen)

- Nein Ja

Haben Sie eine Auslandskrankenversicherung?

- Nein Ja

Bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft?

- Nein Ja

Ist eine Schwangerschaft in den nächsten 3 Monaten beabsichtigt?

- Nein Ja

Zu folgenden Schutzimpfungen und ggf. medikamentöser Malariaprophylaxe wurde ich beraten:

Termine:	1. Impfung	2. Impfung	3. Impfung	Auffrischung
<input type="checkbox"/> Tet./Diph./Pert. (3-Fach Impfung)	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tet./Diph./Pert./Pol. (4-Fach Impfung)	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tet./Diph.	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Grippe	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pneumokokken	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A+B	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hep A+Typhus	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Typhus (oral oder Injektion)	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> FSME	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Meningokokken	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tollwut	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Jap. Enzephalitis	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gelbfieber	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cholera	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Masern/Mumps/Röteln	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HPV	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Windpocken	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Herpes Zoster	_____	_____	_____	_____

Malaria Empfehlung Medikament: _____

Chemoprophylaxe

Dosierungsangabe _____

Erster Tag der Einnahme _____

Letzter Tag der Einnahme _____

Notfallmedikation

Dosierungsangabe _____

Aufklärung _____

Expositionsprophylaxe

Empfehlung zum Mückenschutz: _____

Bitte zutreffendes Ankreuzen:

Ja Nein

Info-Blatt über Thromboseschutz ausgehändigt

Info-Blatt über Diarrhoe ausgehändigt

Info-Blatt über Mückenschutz ausgehändigt

Info-Blatt über Reiseapotheke ausgehändigt

Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und Antworten zu erhalten. Ich stimme den o.g. Impfungen / der Malariavorsorge zu.

Hiermit möchten wir darauf hinweisen, dass die Impfberatung und Impfstoffe für Auslandsreisen keine Kassenleistung sind und sie ggf. von den Kassen nicht zurückerstattet werden können.

München, den _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Unterschrift der Ärztin / des Arztes