



Reise Impfberatung

Name/Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Strasse: _____

Tel: _____

Beruf: _____

Geb.: _____

Reisedaten:

Reiseland	von/bis	Reisebedingung (A,B oder C)

A: Aufenthalt unter einfachen Bedingungen (Trekking; Rucksack, Camping usw.)

B: Aufenthalt in touristischen Zentren oder Städten mit Ausflügen ins Land

C: Aufenthalt nur in Städten oder touristischen Zentren

Reiseart:

Badeurlaub

Geschäftsreise

Rundreise

Sporturlaub

Anamnese

ja nein bei ja bitte ausfüllen

Fühlen sie sich gesund?

Besteht eine Allergie? -----

Insbesondere gegen Hühnereiweiß?

Sind Unverträglichkeiten gegen

Impfungen oder Medikamente bekannt? -----

Sind Vorerkrankungen bekannt? -----

Nehmen sie Medikamente ein? -----

Wurden sie in den letzten 4 Wochen geimpft? -----

Besteht eine Schwangerschaft oder Kinderwunsch?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angaben und, über die im Rahmen der Reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten informiert worden zu sein und erkläre mich zur Kostenübernahme bereit.

Datum _____ Unterschrift _____