

**Reisemedizinische- und Impfberatung**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon	
Mobil	
Email	
Größe in cm	
Gewicht in kg	

Zielland/- länder

Bitte nach Möglichkeit genaue Angabe von bereisten Provinzen, Regionen und Städten angeben


- Art der Reise  Rucksack-/ Abenteuerreise  
 Aufenthalt ausschließlich am Strand und/ oder im  
 Hotel  
 Städtereise  
 Sonstiges: Trekkingtouren, Bergsteigen, Tauchen usw.

Reisetermin            Beginn \_\_\_\_\_ Ende \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?

Nein             Ja, welche \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

---

Bekannte Allergien gegen Medikamente, Impfstoffe oder Hühnereiweiß usw.?

Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

---

Sind Sie schwanger?

Nein  Ja

Ich versichere, die vorstehenden Angaben zu meiner Gesundheit und meiner Reisplanung nach bestem Wissen und sorgfältiger Recherche meiner impf- und Reiseunterlagen gemacht zu haben. Ich weiß, dass meine Angaben Grundlage für die Indikationsstellung medizinischer Maßnahmen (Impfungen, Malariaphylaxe etc.) sind und, dass falsche oder unzureichende Angaben die Qualität der ärztlichen reisemedizinischen Versorgung beeinträchtigen können. Mir ist bekannt, dass ich die Kosten für die im Reiseland erforderlichen Impfstoffe, die Impfung sowie das Beratungsgespräch/ Untersuchungen und gegebenenfalls notwendige Bescheinigungen zunächst selbst tragen muss, unabhängig von einer späteren Erstattungsmöglichkeit an mich durch meine gesetzliche oder private Krankenkasse. Ich wurde auch darauf hingewiesen, dass weitere Kosten entstehen können, wenn zusätzliche Untersuchungen bei anderen Ärzten oder Labors durchgeführt werden. In diesem Fall erhalte ich eine Rechnung direkt von dem jeweiligen Leistungserbringer.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, von der Praxis per Email, Post oder telefonisch über notwendige Folgeimpfungen informiert zu werden.

Nein  Ja

---

Unterschrift