

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Reise-Impfberatung

Hausarztpraxis
Ringstraße 33

Dr. Marc Petersen-Sylla

Dr. Yasemin Firat

Dr. Hermann Schröder

Maren Grundei

Fachärzte für

Allgemeinmedizin

Sportmedizin

Gelbfieberimpfstelle

Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Reisedaten

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

Reisebedingungen

- Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)
- 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)
- Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristenzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Art der Reise

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

Anamnese

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden/Litten Sie an einer
• chronischen Krankheit?
• einer bösartigen Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bei Frauen:
Besteht oder ist eine Schwangerschaft geplant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Waren Sie schon häufiger/länger in den Tropen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hatten Sie eine Infektion mit Dengue-Virus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitten denken Sie an den Impfausweis!

Impfplan für die Reise nach _____

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieben	Impfung gegen	Grundimmunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche Impfungen	Impfplan			
		ja	nein		1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
					Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A+B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Typhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Tollwut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Meningokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Jap. Enzephalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

* Impfung in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

Anmerkungen _____

<input type="checkbox"/>	Malaria-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Expositionsprophylaxe	<input type="checkbox"/> Chemoprophylaxe mit _____	<input type="checkbox"/> Notfallselbsttherapie _____
--------------------------	--------------------	--	--	--

Anmerkungen _____
