Reisemedizinische Beratung

PATIENTENDATEN

Name | Vorname | Geburtsdatum

Straße / Hausnummer | PLZ / Ort | Telefon

E-Mail | Beruf / Tätigkeit

REISEDATEN UND REISEBEDINGUNGEN

Reiseziel / Land	Ankunft	Abreise	Bedingung 1–3

Rückkehr: _____ 1 = einfach / Inland · 2 = Rundreise / touristisch · 3 = Großstadt / Touristikzentrum

☐ Badeurlaub ☐ Rundreise ☐ Geschäftsreise ☐ Sport: _____ ☐ Trekking / Höhe: _____

☐ Langzeitaufenthalt (> 6 Wochen)

ANAMNESE / GESUNDHEITLICHE ANGABEN

1. Fühlen Sie sich derzeit gesund?
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

2. Hühnereiweißallergie / -unverträglichkeit?
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

3. Andere Allergien? Welche?
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

4. Unverträglichkeiten gegen Impfungen / Medikamente?
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

5. Schwäche bei Injektionen / Blutabnahmen?
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

6. Neurologische Erkrankungen / Krampfanfälle (Sie oder Familie)?
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

7. Chronische oder bösartige Erkrankung?
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

8. Regelmäßige Medikamente? Welche?
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

9. Impfungen in den letzten 4 Wochen? Welche?
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

10. Schwangerschaft besteht oder geplant? (falls zutreffend)
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

11. Weitere gesundheitliche Besonderheiten?
☐ Ja ☐ Nein Angaben: _____

BERATUNG / EINVERSTÄNDNIS

Beratungsinhalte, individuelle Risiken, empfohlene Impfungen und ggf. Malaria-Prophylaxe wurden besprochen.
Die voraussichtlichen Kosten für Beratung, Impfleistungen und Impfstoffe wurden erläutert.
Ich bestätige die Kosteninformation und erkläre mich mit der privaten Kostenübernahme einverstanden.

Datum | Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r

Reisemedizinische Beratung

Impfplan und Prophylaxe

Arztpraxis Dessau-Mildensee

Reise nach / Zielgebiet _____ Name _____ Vorname _____ Alter _____

IMPFPLAN

Ankreuzfeld = für die Reise empfohlen / vorgeschrieben · Termine und Impfstoffe individuell eintragen

Impfung	Impfschutz	Für Reise indiziert	Dosen	Termin 1	Termin 2	Termin 3
Tetanus	☐	☐				
Diphtherie	☐	☐				
Pertussis	☐	☐				
Polio	☐	☐				
Masern	☐	☐				
Gelbfieber*	☐	☐				
Hepatitis A	☐	☐				
Hepatitis B	☐	☐				
Hepatitis A+B	☐	☐				
Typhus	☐	☐				
Tollwut	☐	☐				
Meningokokken	☐	☐				
Cholera	☐	☐				
Japan. Enzephalitis	☐	☐				
FSME	☐	☐				
Influenza	☐	☐				
Pneumokokken	☐	☐				
COVID-19	☐	☐				
Weitere: _____	☐	☐				

* Gelbfieberimpfung nur in zugelassenen Gelbfieberimpfstellen.

MALARIA-PROPHYLAXE / EXPOSITIONSSCHUTZ

☐ Expositionsprophylaxe mit _____ ☐ Einnahmezeitraum: _____ ☐ Standby-Medikation

Beratung / Präparat / Hinweise

_____

WEITERE EMPFEHLUNGEN / GESPRÄCHSNOTIZEN

_____

_____

_____

Beratende/r Arzt/Ärztin _____ Datum _____ Unterschrift / Praxisstempel _____