

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Telefon: Mobil: E-Mail für Recalls:

Reiseziel / Region: Abreisetermin: Reisedauer:

Reisezweck:

☐ Org. Reise / gute Hotels ☐ Sporturlaub / Sportart: ☐ Besuch ☐ Rundreise

☐ Rucksackreisen ☐ beruflich / Studium ☐ Kreuzfahrt ☐ Freiwill.-Dienst

	ja	nein
Leiden Sie z.Zt. an einer akuten oder chronischen Erkrankung? Ggf. Welche:	☐	☐
Hatten Sie eine schwere zurückliegende Erkrankung?	☐	☐
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Ggf. Welche:	☐	☐
Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt worden oder eine Thymuserkrankung bekannt?	☐	☐
Ist schon mal eine Erkrankung des Nervensystems, psychische Erkrankung oder ein Krampfanfall aufgetreten?	☐	☐
Ist die körperliche Abwehr (Immunsystem) durch eine Krankheit oder durch Behandlungen beeinträchtigt? Ggf. Welche:	☐	☐
Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Hühnereiweiß?	☐	☐
Ist bei Ihnen schon mal Dengue-Fieber diagnostiziert worden?	☐	☐
Besteht eine Allergie oder Asthma? Besteht eine Schuppenflechte? Welche:	☐	☐
Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Ggf. Wogegen:	☐	☐
Traten bei einer Injektion oder Blutentnahme Schwäche-/Ohnmachtszustände auf?	☐	☐
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)? Ggf. welcher Typ:	☐	☐
Hatten Sie oder eine Person in Ihrer Verwandtschaft bereits eine Venenthrombose?	☐	☐
Sind Sie Vegetarier/in oder Veganer/in?	☐	☐
Wenn es zutrifft: Ich habe den Info-Zettel über die Gelbfieberimpfung gelesen.	☐	☐
Bei FRAUEN: besteht eine Schwangerschaft oder ist eine Schwangerschaft geplant?	☐	☐

Impfungen	Letzte	Empfohlen	Impfungen	Letzte	Empfohlen
Tetanus, Diphtherie		☐	Masern, MMR, Varizellen		☐
Polio, Td-Polio, Td-IPV-Pert		☐	Gelbfieber		☐
FSME		☐	Meningokokken ACWY		☐
HPV		☐	Meningokokken B		☐
Hepatitis A		☐	Tollwut		☐
Hepatitis B		☐	Jap. Enzephalitis		☐
Hepatitis AB		☐	Pneumokokken 13/23		☐
Typhus		☐	Grippe		☐
Cholera		☐	Zoster		☐
Dengue		☐	Covid: mRNA, Vector		☐
AK-Überprüfung für:		☐			

Ich wurde über die Bedeutung von Schutzimpfungen informiert und hatte die Gelegenheit, mich mit der Ärztin/dem Arzt über Nutzen und mögliche Nebenwirkungen/Risiken der empfohlenen Impfungen zu unterhalten. Ich bin mit der Durchführung der o.g. Impfungen einverstanden. Mir wurde darauf hingewiesen, dass in sehr seltenen Fällen (<1:10 000) auch schwere Erkrankungen (z.B. Allergie, neurologische Symptome) im zeitlichen Zusammenhang mit Impfungen beschrieben sind. Die Impfstoffpreise können variieren, deshalb sind Preise bei uns bitte persönlich zu erfragen!

Bleiben Sie nach Impfungen bitte 15 Minuten in unserer Praxis! Schonen Sie sich 3 Tage nach der Impfung.

Senden, den

Unterschrift Patient (oder Erziehungsber.):

Ich bin mit dem 2er-Schema der Tollwutimpfung einverstanden:

Unterschrift: