Zum Verbleib beim Arzt / Apotheke

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Reise-Impfberatung

CRM Centrum für Reisemedizin

www.crm.de

Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

Reisedaten

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

Art der Reise

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

Reisebedingungen

1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)

2 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)

3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Anamnese

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

	ja	nein
9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche?	☐	☐
_____		
10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	☐	☐
11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.		

Wichtiger Hinweis:
Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

_____
Datum Unterschrift des Reisenden

Impfplan/ggf. Malaria-Prophylaxe s. Rückseite ➤

© CRM Centrum für Reisemedizin Düsseldorf

CRM Centrum für Reisemedizin

Impfplan für die Reise nach _____

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieben	Impfung gegen	Grund-immunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche Impfungen	Impfplan			
					1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
		ja	nein		Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
☐	Tetanus	☐	☐					
☐	Diphtherie	☐	☐					
☐	Polio	☐	☐					
☐	Pertussis	☐	☐					
☐	Masern	☐	☐					
☐	Gelbfieber*	☐	☐					
☐	Hepatitis A	☐	☐					
☐	Hepatitis B	☐	☐					
☐	Hepatitis A+B	☐	☐					
☐	Typhus	☐	☐					
☐	Tollwut	☐	☐					
☐	Meningokokken	☐	☐					
☐	Cholera	☐	☐					
☐	Jap. Enzephalitis	☐	☐					
☐	FSME	☐	☐					
☐	Grippe	☐	☐					
☐	Pneumokokken	☐	☐					
☐		☐	☐					

* Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

Anmerkungen _____

☐	Malaria-Prophylaxe	☐ Expositionsprophylaxe	☐ Chemoprophylaxe mit _____	☐ Standby-Medikation _____

Anmerkungen _____

© CRM Centrum für Reisemedizin Düsseldorf