

Bitte vollständig ausfüllen, ausdrucken und zum Impftermin mitbringen!

Impfanamnese für

Name, Vorname			Geburtsdatum	
Strasse/ Hausnr.	PLZ	Wohnort		
Telefon (tagsüber)	Reiseziele			
Abreisetag	Reisedauer			

Reiseart (zutreffendes bitte ankreuzen)

Pauschalreise an einen feststehenden Ort	<input type="checkbox"/>	Geschäftsreise	<input type="checkbox"/>
Pauschalreise mit geführten Landausflügen	<input type="checkbox"/>	Selbstorganisierte Individualreise	<input type="checkbox"/>
geführte Rundreisen	<input type="checkbox"/>	Kreuzfahrt/ Seefahrt	<input type="checkbox"/>
Beruflicher Auslandsaufenthalt (ggf. Beruf, Praktikum, FSJ)	<input type="checkbox"/>	Familienbesuch	<input type="checkbox"/>

Unterbringung (zutreffendes ankreuzen)

Europäischer Standard	<input type="checkbox"/>	Standard des Reiselandes	<input type="checkbox"/>	Sehr einfache Bedingungen	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------

Kontakte zur einheimischen Bevölkerung (zutreffendes ankreuzen)

Eher gering	<input type="checkbox"/>	Eher intensiver	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

Gesundheitsfragen (zutreffendes ankreuzen)

	Ja	Nein
• Wurden Sie bereits für diese Reise medizinisch beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei wem?	_____	
• Sind Sie in den letzten 4 Wochen gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR) geimpft worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? (Krampf- oder Nervenleiden, Zucker, Krebs, AIDS, Abwehrschwäche, chronische Leber- oder Nierenleiden, Herz- oder Kreislauferkrankung, Thymuserkrankung oder - OP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankungen in den letzten vier Wochen? (Fieber, Durchfall, Unwohlsein, Operationen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nur für Frauen: Sind Sie schwanger oder ist eine Schwangerschaft geplant? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Können Sie Hühnereier essen? (Eiweißallergie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Waren Sie mal an Gelbsucht erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (zum Beispiel Cortison, B-Blocker, Zytostatika, gerinnungshemmende Medikamente, Psychopharmaka oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie auf eine Impfung einmal ungewöhnlich reagiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>