

Diese Datenerhebung ist Arbeitsgrundlage des ärztlichen Personals. Ohne diese Informationen können wir Sie nicht impfen.

Bitte vollständig ausfüllen/ ausdrucken, zum Impftermin mitbringen und alle Impfpässe mitbringen!

Impfanamnese für:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße Hausnr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail (falls vorhanden) _____

Abreisetag _____ Reiseziel _____

Reisedauer (in Tagen) _____

Reiseart: (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Kreuzfahrt/ Seefahrt
<input type="checkbox"/> Pauschalreise an feststehenden Ort
<input type="checkbox"/> Pauschalreise mit geführten Ausflügen
<input type="checkbox"/> Geführte Rundreise
<input type="checkbox"/> Selbstorganisierte Individualreise
<input type="checkbox"/> Besuch von Familie/ Freunden
<input type="checkbox"/> Beruflicher Auslandsaufenthalt (ggf. Beruf, Praktikum, Freiwilligendienst)

Unterbringung (bitte ankreuzen)

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

Kontakte zur einheimischen Bevölkerung (bitte ankreuzen)

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

Gesundheitsfragen (bitte ankreuzen) **Ja** **Nein**

Wurden Sie bereits reisemedizinisch beraten? von: _____

Planen Sie andere Impfungen oder OPs in den 4 Wochen vor/nach der Vorstellung bei uns?
(4 Wochen vor und nach einer Gelbfieberimpfung können keine anderen Lebendimpfungen erfolgen)

Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank?

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung oder waren Sie jemals schwer erkrankt?
(wie z.B. Epilepsie, Diabetes mel., Krebs, HIV, Leber- und Nierenerkrankungen, Herzerkrankungen, hoher Blutdruck, Thymuserkrankung oder Thymus-OP)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z.B. Cortison, Chemotherapie, Gerinnungshemmer, Immunsuppressiva, Blutdruckmedikamente)

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie jemals eine Thrombose oder eine Lungenembolie?

Haben Sie eine Überempfindlichkeit oder Allergie gegen Hühnereiweiß oder Medikamente?

Wenn ja, gegen was? _____

Haben Sie nach einer Impfung/ Blutentnahme jemals ungewöhnlich reagiert?

Bei Frauen: Sind Sie schwanger, planen Sie eine Schwangerschaft oder stillen Sie aktuell?

Datum: _____ Unterschrift _____

Folgetermin Datum _____ Die Angaben sind weiterhin korrekt: Unterschrift _____