

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

Bitte vollständig ausfüllen und zum Impftermin mitbringen!

Impfanamnese / Reiseanamnese (bei Bedarf)

Name /Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse/ Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ /Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_ Reiseziele \_\_\_\_\_

Abreisetag \_\_\_\_\_ Reisedauer \_\_\_\_\_

**Reiseart** (zutreffendes bitte ankreuzen)

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

**Unterbringung** (zutreffendes ankreuzen)

- Europäischer Standard       Standard des Reiselandes       Sehr einfache Bedingungen

**Kontakte zur einheimischen Bevölkerung** (zutreffendes ankreuzen)

- Eher gering       Eher intensiver

**Gesundheitsfragen** (zutreffendes ankreuzen)

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wurden Sie bereits für diese Reise medizinisch beraten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, bei wem? _____  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie in den letzten 4 Wochen gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR) geimpft worden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? (Krampf- oder Nervenleiden, Zucker, Krebs, AIDS, Abwehrschwäche, chronische Leber- oder Nierenleiden, Netzhauterkrankungen, Herz- oder Kreislauferkrankung, Thymuserkrankung oder - OP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen in den letzten vier Wochen? (Fieber, Durchfall, Unwohlsein, Operationen?)  | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| <input type="checkbox"/> Können Sie Hühnereier essen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Allergien?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Waren Sie mal an Gelbsucht erkrankt?  | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie auf eine Impfung einmal ungewöhnlich reagiert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Drs. Stiller/Eser/Schertl/Ilea, Brentanostr. 22, 86167 Augsburg, Tel. 0821/ 650 97 90*

Bitte beachten Sie die Impf- und Beratungsgebühren

Ka 04/2015 Es 06/15