



Reiseimpfberatung

Die nachfolgenden Fragen sollten Sie bitte möglichst genau beantworten. Für die einzelnen Reiseländer bitte auch Regionen, Distrikte und Städte angeben, die Sie planen zu bereisen.

Bitte bringen Sie unbedingt Ihren Impfpass mit!

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Impfpass liegt zum Beratungsgespräch vor: ja nein

Abreisedatum:

Rückreisedatum:

Reisedaten:

Anmerkungen (Platz für weitere Reiseziele
Regionen / Reisebedingungen und Zeitraum):

1. Reiseland:

Zeitraum:

Region/Städte:

Reisebedingungen: 1 2 3

2. Reiseland:

Zeitraum:

Region/Städte:

Reisebedingungen: 1 2 3

3. Reiseland:

Zeitraum:

Region/Städte:

Reisebedingungen: 1 2 3

Reisebedingungen:

1 = Aufenthalt im Landesinneren, einfache Bedingungen (Rucksack/Trekking-, Individualreisen mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hostels, Hotels, Camping)

2 = Aufenthalt in Städten/touristischen Zentren, organisierte Ausflüge ins Landesinnere bzw. Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreisen, Unterkunft in Hotels mit mittlerem bis gehobenem Standard)

3 = Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels mit gehobenem bzw. europäischem Standard)

Art der Reise:

Badeurlaub

Rundreise

Trekking-Tour (Höhe _____)

Sporturlaub (Sportart _____)

Geschäftsreise

Auslandssemester/Auslands-Schuljahr

Kreuzfahrt

allein reisend



Anamnese:

- 1. Besteht eine Hühnereiweißallergie oder -unverträglichkeit? ja nein
- 2. Haben Sie eine andere Allergie? ja nein
Wenn ja, welche: _____
- 3. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? ja nein
Wenn ja, welche: _____
- 4. Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? ja nein
Wenn ja, welche: _____
- 5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche: _____

- 6. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welche: _____
- 7. Bei Frauen: sind sie derzeit schwanger oder ist eine Schwangerschaft geplant? ja nein

Sonstiges:

Hinweis:

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!
Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Leistungen über unsere PVS (Privatärztliche Versicherung) beglichen werden.

Kosten Reiseimpfberatung	(GOÄ-Ziffer 3)	30,60 €
Kosten Reiseimpfung	(GOÄ-Ziffer 375)	10,72 €
Kosten jede weitere Impfung am selben Tag	(GOÄ-Ziffer 377)	je 6,70 €

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

Praxis für Allgemeinmedizin



Volker Heinzelmann

Dr. med. Stefanie Schilf

Erlenbachstr. 45, 89155 Erbach, Tel.: 07305-96880, Fax: 07305-968810

Impfplan für die Reise nach _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Für die Reise empfohlen/vorgeschrieben	Impfung gegen	Grundimmunisierung abgeschlossen		Anzahl der erforderlichen Impfungen	Impfplan			
		Ja	Nein		Erster Termin	Zweiter Termin	Dritter Termin	Vierter Termin
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A+B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Typhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Tollwut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Meningokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Jap. Enzephalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

*Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

Anmerkungen: _____

<input type="checkbox"/>	Malaria Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	Expositions-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	Chemo-Prophylaxe mit _____	<input type="checkbox"/>	Standby-Medikation
--------------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------

Anmerkungen: _____
