

## Reisemedizinische Beratung / Impfung

Bitte vor jeder Impfung und Beratung ausfüllen und dem Arzt/der Ärztin übergeben.

|             |          |               |   |             |
|-------------|----------|---------------|---|-------------|
| Name*       | Vorname* | geb.*         | . | .           |
| Straße/Nr.* | /        | PLZ/Ort*      | / |             |
| Reiseziel*  |          | Abreisetermin |   | Reisedauer* |
| E-Mail*     |          | Tel./Mobil*   |   |             |

\* Angabe erforderlich

Bitte ankreuzen

|                                                                                                  | Ja | Nein |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Leiden Sie z. Zt. an einer akuten oder chronischen Erkrankung? Ggfs. welche?                     |    |      |
| Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein?<br>Ggfs. welche?                                              |    |      |
| Ist bei Ihnen eine Immunsuppression bekannt?                                                     |    |      |
| Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt worden oder eine Thymuserkrankung bekannt?                |    |      |
| Sind psychische Erkrankungen oder Krampfanfälle aufgetreten?                                     |    |      |
| Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Hühnereiweiß?                                  |    |      |
| Besteht eine andere Allergie?<br>Ggfs. welche?                                                   |    |      |
| Falls Gelbfieberimpfung: Ich habe das Aufklärungsblatt gelesen                                   |    |      |
| Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen erfolgt?<br>Ggfs. welche Impfungen / wann?                |    |      |
| Sind bei einer Impfung, Injektion oder Blutabnahme Schwäche- oder Ohnmachtszustände aufgetreten? |    |      |
| Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen/ Medikamente bekannt?                                   |    |      |
| Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie gerade?                                |    |      |

Warten Sie nach Impfungen ca. 15 Min., ehe Sie das Institut verlassen.

Wir weisen darauf hin, dass Reiseimpfungen und reisemedizinische Beratung keine gesetzlichen Pflichtleistungen der Krankenkassen sind. Das Institut für Infektions- und Tropenmedizin übernimmt keine Garantie für eine Kostenübernahme durch gesetzliche oder private Krankenkassen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

München, \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Datum Unterschrift – bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten

### Nur vom Arzt/der Ärztin auszufüllen:

#### Erfolgte Leistungen:

- ☐ Persönlicher Impfplan
- ☐ Med. Reiseberatung
- ☐ Kurzberatung (z. B. bei Impfinjektion, Rezept)
- ☐ Ausführliche Reiseberatung (>=20 min.)
- ☐ Zertifikat Impfbefreiung
- ☐ Tetanus/Diphtherie/Keuchhusten
- ☐ Tetanus/ Diphtherie/Polio/Keuchhusten
- ☐ Polio
- ☐ Masern/Mumps/Röteln
- ☐ Gelbfieber

- ☐ Meningokokken ACWY
- ☐ Meningokokken B
- ☐ Dengue
- ☐ Hepatitis A (Erwachsene)
- ☐ Hepatitis A (Kinder)
- ☐ Hepatitis B (Erwachsene)
- ☐ Hepatitis A + B (Erwachsene)
- ☐ Hepatitis A + B (Kinder)
- ☐ Japanische Enzephalitis
- ☐ Tollwut
- ☐ Typhus
- ☐ FSME
- ☐ Influenza
- ☐ Influenza Hochdosis-Impfstoff
- ☐ Pneumokokken
- ☐ Herpes-Zoster
- ☐ Serologie
- ☐ Impfpass
- ☐ Sonstiges

#### Malariaprophylaxe-Empfehlung:

- ☐ Chemoprophylaxe
- ☐ Stand-by

Unterschrift Arzt/Ärztin