



Reisemedizinische Beratung

Angabe der/des Reisenden:

Name, Vorname

Tel./Mobil

Geburtsdatum

Berufliche Tätigkeit

Zielland

Dauer des Aufenthalts

Transitland

Dauer des Aufenthalts

Transitland

Dauer des Aufenthalts

Transitland

Dauer des Aufenthalts

Wie würden Sie selbst Ihre Reisebedingungen am ehesten beschreiben:

- Reise durch das Landesinnere unter einfachen Bedingungen (Rucksack-/ Trekking-/Individualreise) mit einfachen Quartieren/Hotels; Camping-Reisen; Langzeitaufenthalte; praktische Tätigkeiten im Gesundheits- oder Sozialwesen; enger Kontakt zu einheimischen Bevölkerung wahrscheinlich
- Aufenthalt in Städten und/oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants mittleren bis gehobenen Standards)
- Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und/oder Touristikzentren (Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants gehobenen bzw. europäischen Standards)

Medizinische Informationen zur/zum Reisenden:

- Sind Sie schwanger? nein ja
- Stillen Sie aktuell? nein ja
- Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf? nein ja
- Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Krankheitszeichen (z. B. Fieber)? nein ja
- Haben Sie eine bekannte Immunschwäche? nein ja
- Nehmen Sie Medikamente ein, die in das Immunsystem eingreifen? nein ja
(z. B. Kortison, MTX o. ä.)

_____ vom Arzt auszufüllen _____

Impfempfehlungen:

Impfung	empfohlen	vorhanden	Impfplan
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Polio			
Tollwut			
Meningo- kokken C			
Cholera			
Häm. infl. b			
Typhus			

Impfung	empfohlen	vorhanden	Impfplan
Gelbfieber			
Tetanus			
Diphtherie			
Pertussis			
Pneumo- kokken			
MMR			
FSME			
Japan. Enzephalitis			

Bemerkung: **X** = für alle Reisenden empfohlen, **(X)** = bei bestimmten Risiken empfohlen, **Ø** = nicht empfohlen

Durchzuführende Impfungen (Empfehlung für <u>ALLE</u> Reisenden)	Impfplan

<input type="radio"/> Malariaprohylaxe		
<input type="radio"/> Expositionsprohylaxe (Flyer CRM ausgehändigt)	<input type="radio"/> Chemoprohylaxe mit _____	<input type="radio"/> Standby-Medikation mit _____

Unterschrift Reisende/r

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin