Annelore Krechlak - Dr. med. Markus Traeger und Kollegen/innen
Oberstotzinger Str. 1 89168 Niederstotzingen
Tel.: 07325 / 952990 Fax: 07325 / 9529920
www.familienpraxis-niederstotzingen.de

REISEMEDIZINISCHER BERATUNGSBOGEN

Bitte laden Sie diesen Fragebogen auf unserer Homepage herunter, drucken Sie ihn aus und bringen Sie ihn ausgefüllt zum Beratungsgespräch mit! **Bitte bringen Sie unbedingt Ihren IMPFAUSWEIS mit!**

Name:_____ Vorname:_____Geburtsdatum:_____

Straße, Hausnr.:_____PLZ, Wohnort:_____

E-Mail:_____Telefonnummer:_____Beruf:_____

REISEDATEN:

Reiseland/Länder:_____Abreisetermin:_____

Dauer der Reise:_____Art der Reise (Mehrfachnennung möglich):

□ Badeurlaub/Pauschalreise (ggfs. mit geführten Ausflügen) □ Städtereise/Sightseeing □ Kreuzfahrt
□ Rucksack/Individualurlaub, Unterkunft in einfacheren Quartieren □ Geschäftsreise □ Tauchurlaub
□ Bergsteigen/Trekking höher als 2500 m □ Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen) □ Sonstiges

FRAGEBOGEN zur medizinischen Vorgeschichte	JA	NEIN
→ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (bei JA bitte MEDIKATIONSPLAN mitbringen)	□	□
→ Hatten Sie schon eine Thrombose?	□	□
→ Besteht eine Hühnereiweißallergie / - unverträglichkeit?	□	□
→ Haben Sie ein Anfallsleiden (Epilepsie)?	□	□
→ Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen (auch Schluckimpfungen) durchgeführt worden?	□	□
→ Kam es zu Schwächezuständen bei früheren Impfungen oder Blutentnahmen?	□	□
→ Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	□	□
→ Sollten Sie HIV-positiv sein, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit		

Wichtiger Hinweis: Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Hiermit bestätige ich, dass die Kosten für Beratung, Impfung und Impfstoffe von mir übernommen werden.

Datum:_____ Unterschrift des Reisenden:_____

Im Folgenden Angaben von Arzt auszufüllen: **1. MALARIAPROPHYLAXE**:

□ nicht erforderlich □ Standyby-Medikation □ Chemoprophylaxe

Annelore Krechlak - Dr. med. Markus Traeger und Kollegen/innen
Oberstotzinger Str. 1 89168 Niederstotzingen
Tel.: 07325 / 952990 Fax: 07325 / 9529920
www.familienpraxis-niederstotzingen.de

2. ERFOLGTE LEISTUNGEN und IMPFPLAN:

	1.	2.	3.	Booster	Kosten
Beratung	◯				
Impfpassausstellung	◯				
Impfungen gegen					
Tetanus-Diphterie-Pertussis (T)	◯	◯	◯	◯	
Tetanus-Diphterie-Pertussis-Polio (T)	◯	◯	◯	◯	
Masern-Mumps-Röteln (L)	◯	◯			
Gelbfieber (wir sind zugelassen!) (L)	◯	(◯)			
Hepatitis A (T)	◯	◯			
Hepatitis B (T)	◯	◯	◯	◯	
Hepatitis A/B (T)	◯	◯	◯	◯	
Typhus (L,T)	◯	◯		◯	
Tollwut (T)	◯	◯	◯	◯	
Cholera (L,T)	◯	◯	◯	◯	
Japanische Enzephalitis (T)	◯	◯			
FSME (T)	◯	◯	◯	◯	
Meningokokken B (T)	◯	◯			
Meningokokken ACWY (T)	◯				
Herpes Zoster (T)	◯	◯			
Influenza (T)	◯				
Pneumokokken (T)	◯	◯		◯	
RSV (T)	◯				
Covid-19 (T)	◯	◯	◯	◯	
Dengue (L)	◯	◯			
Chikungunya (L,T)	◯				
Mpox (L)	◯	◯			
Varizellen (L)	◯	◯			