

Reise-Impfberatung Dokumentationsbogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Reisedaten

Reise-Länder	Ankunft			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr						

Art der Reise

- Badeurlaub
- Rundreise
- Sporturlaub
- Trekking-Tour
- Geschäftsreise
- Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Reisebedingungen

- 1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit einfacher Unterkunft)
- 2 Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft im mittleren bis gehobenen Standard)
- 3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in z.B. Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Impfplanung

Reiseland: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

empfohlene bzw. vorgeschrieben	Impfung gegen	Grundimmunisierung/ Anzahl Vorimpf.	Anzahl gepl. Impfungen	Impfplan			
				1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
				Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
<input type="checkbox"/>	Tetanus						
<input type="checkbox"/>	Diphtherie						
<input type="checkbox"/>	Polio						
<input type="checkbox"/>	Pertussis						
<input type="checkbox"/>	MMR evtl. MMRV						
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B						
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A+B						
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A						
<input type="checkbox"/>	Thypus						
<input type="checkbox"/>	Cholera						
<input type="checkbox"/>	Tollwut						
<input type="checkbox"/>	Jap. Enzephalitis						
<input type="checkbox"/>	Meningokokken ACWY						
<input type="checkbox"/>	Meningokokken B						
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber*						
<input type="checkbox"/>	FSME						
<input type="checkbox"/>	Grippe						
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken						
<input type="checkbox"/>	SARS-COV-2						

* Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

<input type="checkbox"/>	Malaria-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Expositionsprophylaxe	<input type="checkbox"/> Chemoprophylaxe mit (2 Tage vor Einreise bis 7 Tage nach Ausreise aus Risikogebiet)	<input type="checkbox"/> Standby-Medikation (für 3 Tage je 4 Tabletten bei unklarem Fieber)	

Anmerkungen _____

Datum: _____

Unterschrift Arzt: _____