



Doctor medic Yasser Al-Zuebi Freiherr vom Stein str.2 64354 Reinheim

## **Reisemedizinische Beratung**

Bitte vor der Beratung ausfüllen

Urlaub     Rucksackreise     Dienstreise     Langzeitaufenthalt

Name: \_\_\_\_\_ Zielland/Länder: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Reisebeginn: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Reisedauer: \_\_\_\_\_

1.1 Bestehen Allergien, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

1.2 Besteht eine Hühnereiweißallergie? \_\_\_\_\_

2. Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_

3. Traten bei früheren Impfungen  
Komplikationen auf? \_\_\_\_\_

4. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen  
Anzeichen einer Erkrankung? \_\_\_\_\_

5. Leiden oder litten Sie an ernsthaften  
Erkrankungen? \_\_\_\_\_

6. Nehmen Sie Medikamente ein? \_\_\_\_\_

7. Haben Sie in den letzten 4 - 12 Wochen  
Impfungen erhalten? Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_

8. Waren Sie schon häufiger oder länger  
In den Tropen? \_\_\_\_\_

**Die Kosten für die Reisemedizinische Beratung, für die Impfungen, sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen.** Wir bitten in Ihrem Interesse, die Kostenübernahme Ihrer Krankenkasse bzw. Ihres Arbeitgebers vorab zu prüfen.

Um Ihr Anliegen bestmöglich bearbeiten zu können, geben Sie diesen Bogen und eine Kopie Ihres Impfausweises bis spätestens eine Woche vor Ihrem Impfberatungstermin zur Praxis zurück. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, den Termin zu stornieren.

\_\_\_\_\_  
(Datum/Unterschrift)

**Impfplan** für die Reise nach \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

| Für die Reise empfohlen  | Impfung           | Grund-immunisierung abgeschlossen |      | Anzahl erforderliche | Impfplan  |           |           |           |
|--------------------------|-------------------|-----------------------------------|------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                          |                   | ja                                | nein |                      | 1. Termin | 2. Termin | 3. Termin | 4. Termin |
|                          |                   |                                   |      |                      | Datum     | Datum     | Datum     | Datum     |
| <input type="checkbox"/> | Tetanus           |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Diphtherie        |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Polio             |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Pertussis         |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Masern            |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis A       |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis B       |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis A+B     |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Typhus            |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Tollwut           |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Meningokokken     |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Cholera           |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Jap. Enzephalitis |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | FSME              |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Grippe            |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Pneumokokken      |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> | Gelbfieber*       |                                   |      |                      |           |           |           |           |
| <input type="checkbox"/> |                   |                                   |      |                      |           |           |           |           |

\*Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

|                        |                                   |                                     |                                   |                                   |                                 |
|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Malaria-<br>Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Malarone | <input type="checkbox"/> Doxycyclin | <input type="checkbox"/> Malafree | <input type="checkbox"/> Resochin | <input type="checkbox"/> Lariam |
|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für die reisemedizinischen Beratungen und  
Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen  
Krankenkassen ausgenommen!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten  
Angaben und über die von mir gewünschten  
Reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten informiert  
Worden zu sein und erkläre mich zur privaten  
Kostenübernahme bereit.

Datum Unterschrift des Reisenden