



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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Krankheitszeichen (z. B. Fieber)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stillen Sie aktuell?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Haben Sie eine bekannte Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nehmen Sie Medikamente ein, die in das Immunsystem eingreifen? (z. B. Kortison, MTX o. ä.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Impfempfehlungen (vom Arzt auszufüllen)

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 ALLE Reisenden)	Impfplan

Malariaprophylaxe

Expositionsprophylaxe (Flyer CRM ausgehändigt)

Chemoprophylaxe mit _____

Standby-Medikation mit _____

Unterschrift Reisende/r

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin

