



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

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Krankheitszeichen (z. B. Fieber)? nein ja

Stillen Sie aktuell? nein ja

Haben Sie eine bekannte Immunschwäche? nein ja

Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf? nein ja

Nehmen Sie Medikamente ein, die in das Immunsystem eingreifen? (z. B. Kortison, MTX o. ä.) nein 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

