

Reisemedizinische Beratung Dr. Prüfer-Krämer

Name: _____ Vorname: _____
 E-Mail: _____ @ _____
 Tel: _____ mobil: _____
 Reiseziel/Region _____
 Abreisetermin _____ Reisedauer _____

- Org. Reise/ gute Hotels Sporturlaub/ Sportart: _____ Besuch Rundreise
 Rucksackreise beruflich Forschungsreise Trekking Mission Freiwil.dienst

	Ja	Nein
Leiden Sie z. Zt. an einer akuten oder chronischen Erkrankung? Ggf. welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? Ggf. welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen die Thymusdrüse (hinter dem Brustbein) entfernt worden oder eine Thymuserkrankung bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist schon einmal eine Erkrankung des Nervensystems, psychische Erkrankung oder ein Krampfanfall aufgetreten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist die körpereigene Abwehr (Immunsystem) durch eine Krankheit (z.B. innere Erkrankungen, HIV/AIDS) oder durch bestimmte Behandlungen (Chemotherapie, Desensibilisierung, Cortisontherapie, Strahlentherapie) beeinträchtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Hühnereiweiß?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Allergie oder Asthma? Ggfs. welche? Besteht eine Schuppenflechte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Ggfs. wogegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traten bei einer Injektion oder Blutentnahme Schwäche-/Ohnmachtszustände auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie o. eine Person in Ihrer Verwandtschaft bereits eine Venenthrombose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahlungsart für reisemedizinische Beratung/Impfungen	bar <input type="radio"/>	ec-Cash <input type="radio"/> Rechnung/Überw. <input type="radio"/>

Bitte warten Sie nach Impfungen 15 Minuten, ehe sie unsere Praxis verlassen!
 Schonen Sie sich 3 Tage nach der Impfung!

Impfungen:	Letzte	Empfohlen		Letzte	Empfohlen
Tetanus		<input type="radio"/>	Masern/MMR		<input type="radio"/>
Diphtherie, Td		<input type="radio"/>	Gelbfieber		<input type="radio"/>
Polio/Td-Polio		<input type="radio"/>	Cholera		<input type="radio"/>
Hepatitis A		<input type="radio"/>	Meningokokken-Meningitis		<input type="radio"/>
Hepatitis B		<input type="radio"/>	Tollwut		<input type="radio"/>
Hepatitis AB		<input type="radio"/>	Jap. Enzephalitis		<input type="radio"/>
Hepatitis A plus Typhus		<input type="radio"/>	Typhus		<input type="radio"/>
FSME		<input type="radio"/>	Pneumokokken		<input type="radio"/>
Pertussis		<input type="radio"/>	Grippe		<input type="radio"/>

Ich wurde über die Bedeutung von Schutzimpfungen informiert und hatte die Gelegenheit, mich mit der Ärztin über Nutzen und Risiken der einzelnen Impfungen zu unterhalten. Ich bin mit der Durchführung der o.g. Impfungen einverstanden. Die Preise für die Impfungen auf der Rückseite habe ich zur Kenntnis genommen.

Bielefeld, Datum _____ Unterschrift Patient (Erziehungsber.) _____