

Reise-Impfberatung

Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel: _____

Geburtsdatum: _____

Dres. med.
Christian Gorski | Ingo Müller
Christian Godt | Malte Sperner
FÄ für Allgemeinmedizin/
Diabetologie

An der Schüttenriehe 18
28259 Bremen

T. 0421 5835 11
F. 0421 5803 19

info@praxisschuettenriehe.de
www.praxisschuettenriehe.de

Reisedaten

Reiseländer	Ankunft	Rückkehr	Reisebedingung (1,2 oder 3)

Reisebedingungen:

1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels)

2 Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierteren) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mit mittleren bis gehobenen Standards)

3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Anamnese:

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Welche?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen
oder Medikamente bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen Schwächezustände bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche?

7. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt, wenn ja welche? _____

8. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für die Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen. Einzelne Krankenkassen übernehmen die Kosten im Rahmen eines Erstattungsverfahrens. Bitte Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

Hiermit erkläre ich mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum

Unterschrift