

# Dokument zur Vorbereitung für eine individuelle Impfberatung

## Persönliche Angaben

|              |       |            |       |
|--------------|-------|------------|-------|
| Nachname     | _____ | Vorname    | _____ |
| Straße       | _____ | Hausnummer | _____ |
| PLZ          | _____ | Ort        | _____ |
| Telefon      | _____ | E-Mail     | _____ |
| Geburtsdatum | _____ |            |       |
| Größe        | _____ | Gewicht    | _____ |

---

## Art der Reise

Reiseziel \_\_\_\_\_

Reisetermin \_\_\_\_\_ Reisedauer \_\_\_\_\_

**Reisebedingung 1**

Reise durch das Landesinnere unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individualreisen) mit einfachen Quartieren/Hotels; Camping-Reisen, Langzeitaufenthalte, praktische Tätigkeiten im Gesundheits- oder Sozialwesen, enger Kontakt zur einheimischen Bevölkerung wahrscheinlich

**Reisebedingung 2**

Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants mittleren bis gehobenen Standards)

**Reisebedingung 3**

Aufenthalt ausschließlich in Großstädten oder Touristikzentren (Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants gehobenen bzw. europäischen Standards)

---

## Vorhandener Impfschutz/ Vorerkrankungen

(Bitte kreuzen Sie an und tragen Sie das Datum der Impfung ein!)

|   |       |                                   |       |
|---|-------|-----------------------------------|-------|
| <input type="radio"/> Kinderlähmung     | _____ | <input type="radio"/> Tetanus     | _____ |
| <input type="radio"/> Typhus            | _____ | <input type="radio"/> Hepatitis A | _____ |
| <input type="radio"/> Hepatitis B       | _____ | <input type="radio"/> Diphtherie  | _____ |
| <input type="radio"/> Cholera           | _____ | <input type="radio"/> Gelbfieber  | _____ |
| <input type="radio"/> weitere Impfungen | _____ |                                   |       |

In die folgenden Zeilen tragen Sie bitte etwaige Vorerkrankungen (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ...) ein.

---

---

---

---

Bitte tragen Sie hier Medikamente ein, die Sie dauernd benötigen, einschließlich der Einnahmezeiten.

---

---

---

---

---

### **Abschließendes**

Gibt es sonst noch Themen, zu denen Sie ausführliche Informationen wünschen? Dann teilen Sie uns diese doch bitte mit:

---

---

---

---

### **Wie geht es nun weiter?**

Bringen Sie den ausgefüllten Bogen bei uns in der Apotheke vorbei. Wir stellen Ihnen dann einen individuellen Impfplan zusammen.

### **Zusätzlich ein kleiner Service unsererseits:**

Wir reservieren für Sie gerne alle erforderlichen Medikamente.

### **Noch eine kleine Bitte:**

Lassen Sie uns 2-3 Tage Zeit mit der Bearbeitung, vielen Dank.

Besprechen Sie unsere unverbindliche Impfberatung bitte anschließend mit einem Arzt.

---

Durch das Abgabe dieses Dokuments erklären Sie sich einverstanden, daß Ihre Daten bei uns gespeichert werden. Wir garantieren, daß die Daten nicht an dritte weitergegeben werden.