



Reisemedizinische Beratung

Dr. med. Johanna de Jong

- Heußweg 35 20255 Hamburg -

Persönliche und reisebezogene Angaben

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Reiseländer	
vorgesehener Abflugtermin	
Reisedauer (Wochen, Monate, Jahre)	
Art der Reise (Badeurlaub, Hotelurlaub, Trekkingreise, Geschäftsreise, Langzeitaufenthalt)	

Welche Impfungen hatten Sie bereits?

Impfstoff	Datum	Impfstoff	Datum
<input type="checkbox"/> Tetanus	____.____.____	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	____.____.____
<input type="checkbox"/> Diphterie	____.____.____	<input type="checkbox"/> Hepatitis A / B	____.____.____
<input type="checkbox"/> Polio	____.____.____	<input type="checkbox"/> Tollwut	____.____.____
<input type="checkbox"/> Pertussis / Keuchhusten	____.____.____	<input type="checkbox"/> Meningokokken	____.____.____
<input type="checkbox"/> Masern / Mumps / Röteln	____.____.____	<input type="checkbox"/> Gelbfieber	____.____.____
<input type="checkbox"/> Pneumokokken	____.____.____	<input type="checkbox"/> Typhus tot (Injektion)	____.____.____
<input type="checkbox"/> Influenza /Grippe	____.____.____	<input type="checkbox"/> Typhus lebend (Schluck)	____.____.____
<input type="checkbox"/> FSME	____.____.____	<input type="checkbox"/> Cholera	____.____.____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	____.____.____	<input type="checkbox"/> Japanische Enzephalitis	____.____.____



Reisemedizinische Beratung

Dr. med. Johanna de Jong

- Heußweg 35 20255 Hamburg -

Bitte beantworten Sie folgende Fragen.	Ja	Nein
1. Haben Sie frühere Impfungen gut vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besteht eine Allergie gegen Hühnereier, Hühnerfleisch, Medikamente (z.B. Antibiotika wie Neomycin etc.)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fühlen Sie sich derzeit gesund; sind Sie fieberfrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Liegt bei Ihnen eine angeborene oder erworbene Abwehrschwäche vor (Chemotherapie, Cortison, Bestrahlung, HIV / AIDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Herzleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lungenleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Liegt bei Ihnen ein anderes chronisches Leiden vor? Wenn ja, welches? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie Thrombose(n) in der Vorgeschichte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Besteht ein erhöhtes Thromboserisiko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hatten Sie je epileptische Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Litten / Leiden Sie an psychischen Störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Nehmen Sie derzeit oder dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Für Frauen: Besteht (evtl.) eine Schwangerschaft? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Impfung erhalten? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie eine infektiöse Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Reisemedizinische Beratung

Dr. med. Johanna de Jong
- Heußweg 35 20255 Hamburg -

Empfohlene Impfungen (Kreuze werden beim Termin mit Dr. med. de Jong gesetzt)

<input type="checkbox"/>	Boostrix
<input type="checkbox"/>	Polio
<input type="checkbox"/>	MMR
<input type="checkbox"/>	Meningokokken - einmalig
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken - einmalig
<input type="checkbox"/>	FSME – 3 Injektionen (T. 1 / 1-3 M. / 5-12 M.)
<input type="checkbox"/>	→ <i>Auffrischung</i>
<input type="checkbox"/>	Typhus oral
<input type="checkbox"/>	Typhus i.m.
<input type="checkbox"/>	Tollwut - 3 Injektionen (T. 1 / T. 7 / T. 21 oder 28)
<input type="checkbox"/>	→ <i>Auffrischung</i>
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A – 2 Injektionen (T. 1 / 6 M.)
<input type="checkbox"/>	→ <i>Auffrischung</i>
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A / B – 3 Injektionen (T. 1 / 1 M. / 6 M.)
<input type="checkbox"/>	→ <i>Auffrischung</i>
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber – Impfung bei Gelbfieberimpfstelle
<input type="checkbox"/>	Cholera
<input type="checkbox"/>	Japanische Enzephalitis

Einverständniserklärung (nach der Aufklärung)

Ich bestätige, dass ich die Informationen sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde über die Zusammensetzung des Impfstoffes sowie Kontraindikationen / Gegenanzeigen zur Verabreichung und mögliche unerwünschte Wirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden (Impfaufklärung). Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung aufgeklärt und hatte die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch. Ich bin mit der Durchführung der Impfung(en) einverstanden.

Datum und Unterschrift

Stempel