

Vor der Sprechstunde ausfüllen:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Abreisedatum: _____

Reiseziel: _____

Reisedauer: _____

Reiseroute: _____

E-Mail: _____

Trifft für sie eine dieser Aussagen zu?

- Ich hatte früher Gelbsucht.
- Ich hatte Fieber in den letzten Tagen.
- Ich hatte starke Impfreaktionen
- Ich bin Schwanger./Ich stille.
- Ich nehme Medikamente? Welche:
- Ich bin in ärztlicher Behandlung.
- Ich habe Ekzeme/Allergien.
- Ich leide unter Epilepsie.
- Ich litt/leide unter Depressionen.
- Ich bin HIV positiv.
 - KEINE dieser Aussagen trifft zu!**

Zahlungsmöglichkeiten:

- Barzahlung**
- Maestro**
- VISA** (Gebühren 2,5%)
- MasterCard** (Gebühren 2,5%)

Durch den Arzt auszufüllen:

- Td-pur**
- Revaxis dTIPV**
- Boostrix dTpa**
- Boostrix Polio dTpaIPV**
- Poliorix IPV**
- Stamaril YF**
- Havrix 1440 Hep A**
- Engerix Hep B**
- Twinrix Hep A+B**
- Priorix MA MU Rö**
- Encepur FSME**
- Menveo ACWY Meningitis**
- Rabipur Tollwut**
- Ixiaro Japanische Encephalitis**

Malaria-Medikamente:

- Atovaquon 12 Tabl**
- Mephaquin 6 Tabl**
- Nivaquine**
- Doxycyclin**
- Internationaler Impfausweis (9.00 Fr.)**

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____