

### 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!**
- Bitte teilen Sie uns mit, sollten Sie zum Zeitpunkt der Reise einen Kinderwunsch haben.

### Zahlungsmöglichkeiten:

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

### Durch den Arzt auszufüllen:

- Poliorix** Polio
- Gardasil** HPV
- Revaxis** dTIPV
- Boostrix** dTpa
- Boostrix Polio** dTpaIPV
- Covid19** Corona
- Stamaril** Yellow Fever
- Havrix 1440** Hep A
- Havrix 720** Hep A
- Engerix** Hep B
- Twinrix** Hep A+B
- Priorix** MA MU Rö
- Encepur** FSME
- Encepur kids** FSME
- Menveo ACWY** Meningitis
- Rabipur** Tollwut
- Ixiaro** Japanische Encephalitis

### Malaria-Medikamente:

- Atovaquon** 12 Tabl
- Mephaquin** 6 Tabl
- Nivaquine**
- Doxycyclin**
  
- Internationaler Impfausweis**

Ort/Datum:

Unterschrift: