

Bitte vor jeder Impfung und Beratung ausfüllen (in Druckschrift mit Durchschlag) und dem Arzt übergeben!

Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München

Name* _____ Vorname* _____ geb.* _____
.TT / MM / JJJJ

Straße/Nr.* _____ / _____ PLZ/Ort* _____ / _____

Reiseziel* _____ Abreisetermin: _____ Reisedauer* _____
TT / MM / JJJJ

Email* _____ Tel./Mobil* _____

* Eingabe erforderlich

bitte ankreuzen

		Ja	Nein
Leiden Sie z. Zt. an einer akuten oder chronischen Erkrankung? Ggfs. welche? *	*		
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? Ggfs. welche? *	*		
Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt worden oder eine Thymuserkrankung bekannt? *	*		
Sind psychische Erkrankungen oder Krampfanfälle aufgetreten? *	*		
Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Hühnereiweiß? *	*		
Besteht eine andere Allergie? Ggfs. welche? Besteht eine Schuppenflechte? *	*		
Falls Gelbfieberimpfung: Ich habe das Aufklärungsblatt gelesen			
Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen (einschl. Schluckimpfungen) oder Injektionen erfolgt? Ggfs. welche Impfungen/ wann? *	*		
Sind anlässlich einer Impfung, Injektion oder Blutabnahme Schwäche- oder Ohnmachtzustände aufgetreten? *	*		
Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen/ Medikamente bekannt? *	*		
<u>Bei Frauen:</u> Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie noch?			
Sind Sie mit einer Erinnerung über fällige Impftermine einverstanden? *	*		

Wann war Ihre letzte Impfung gegen: TETANUS: _____ / _____ DIPHtherIE: _____ / _____ POLIO: _____ / _____
MM / JJ MM / JJ MM / JJ

Warten Sie nach Impfungen ca. **15 Min.**, ehe Sie das Institut verlassen. Schonen Sie sich 3 Tage nach der Impfung.

Die aktuellen Preise für unsere Leistungen sind **im Warteraum** einsehbar. **Wir weisen darauf hin**, dass Reiseimpfungen und reisemedizinische Beratung keine gesetzlichen Pflichtleistungen der Krankenkassen sind. Eine Reihe von gesetzlichen und privaten Krankenkassen erstatten jedoch die Kosten teilweise oder ganz. Die Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin übernimmt keine Garantie für eine Kostenübernahme.

München, _____ (Datum) _____ (Unterschrift – bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

Nur vom Impfarzt auszufüllen!

Erfolgte Leistungen:

- Impfpass
- Med. Reiseberatung (Impf-/Präventionsplan)
- Beratung (z. B. bei Impfinjektion)
- Ausführliche Reiseberatung (>=20 min.)
- Gelbfieber Impfung
- Diphtherie Impfung
- Tetanus/ Diphtherie Impfung
- Tetanus/ Diphtherie/ Polio Impfung
- Tetanus/ Diphtherie/ Keuchhusten Impfung
- Tetanus/ Diphtherie/ Polio/ Keuchhusten Impfung
- Polio-IPV Impfung
- Japanische Enzephalitis Impfung
- Meningokokken-Meningitis ACWY Impfung
- Meningokokken-Meningitis B Impfung

- Hepatitis A + Typhus Impfung
- Hepatitis A Impfung
- Hepatitis B Impfung
- Hepatitis A + B Impfung
- Tollwut Impfung
- Typhus-Impfung (parenteral)
- Typhus-Impfung (oral)
- Grippe Impfung
- FSME Impfung
- Pneumokokken-Konjugat-Impfung
- Pneumokokken-Polysaccharid-Impfung
- Masern/Mumps/Röteln Impfung
- Cholera Impfung (oral)
- Sonstiges _____

Art der Malariaempfehlung:

Impferinnerung:

Nr.: _____

 (Unterschrift des Arztes)