

Name, Vorname	
Reiseziele:	
Dauer:	
Abreisedatum:	

Bestehen oder bestanden folgende medizinische Probleme:	Nein	Ja, folgende:
Schwächung des Immunsystems z.B. durch eine HIV-Infektion, Krebserkrankung oder Medikamente?		
Epileptische Anfälle oder psychische Erkrankungen?		
Thrombosen/Embolien?		
Gelbsucht (Hepatitis)?		
Andere Krankheiten? Falls ja, welche?		
Leiden Sie an Allergien?		
Unverträglichkeit von Eiern oder Hühnerfleisch?		
Medikamentenallergie?		
Hatten sie früher schwerwiegende Impfreaktionen?		
Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Wenn ja, welche?		
Besteht zurzeit eine fieberhafte Erkrankung?		

Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie?		
---	--	--

Datum:	Unterschrift:
---------------	----------------------



Name, Vorname:	
-----------------------	--

Impfungen								
		Datum:	≥ 7 T	≥ 21 T	≥ 28 T	≥ 3 M	≥ 6 M	≥ 1 J
Krankheit	Impfstoff							
Diphtherie, Tetanus, Pertussis	Adacel i.m.							
Obige + Kinderlähmung	Adacel Polio i.m.							
Diphtherie, Tetanus, Polio	Revaxis i.m.							
Kinderlähmung (Polio) *	IPV Mérieux i.m.							
Masern, Mumps, Röteln	Priorix s.c.							
Windpocken	Varilrix s.c.							
Hepatitis A - Erwachsene	Havrix 1440 i.m.							
Hepatitis A - Kinder bis 19 J	Havrix 720 i.m.							
Hepatitis B	Engerix i.m.							
Hepatitis A+B	Twinrix i.m.							
Typhus	Vivotif p.o.							
Typhus *	Typhim Vi i.m.							
Tollwut	Rabipur i.m.							
Gelbfieber	Stamaril s.c.							
Dengue	Qdenga s.c.							
Chikungunya	Vimkunya i.m.							
Jap. Enzephalitis	Ixiaro i.m.							
Jap. Enzephalitis < 18 J *	Ixiaro i.m.							
Zecken FSME	Encepur i.m.							
Hirnhautentzündung ACWY	Menquadfi i.m.							
Hirnhautentzündung B	Bexsero i.m.							
Pneumokokken	Capvaxive i.m.							
Grippe	VaxigripTetra i.m.							
Grippe	Efluelda i.m.							
Covid	Comirnaty i.m.							
Andere								

Mückenschutz		Malaria			Reise-Apotheke	
Produkt	Anzahl	Prophylaxe	Anzahl	Dosierung	Medikament	Anzahl
NOBITE extreme (weiss)		Atovaquone plus 12 Stk.		1 Tabl./T	Loperamid	
NOBITE Kids		Atovaquone plus 24 Stk.		1 Tabl./T	Azythro.500 mg	
NOBITE textile 100 ml		Malarone junior 12 Stk.		___ Tabl./T	Co-Amoxi 1 g	
NOBITE textile 200 ml		Mephaquine		___ Tabl./W	Bilastin 20 mg	
		Doxycycline 100 mg 10 Stk.		1 Tabl./T	Xylo D. Nasensp.	
Impfausweis		Notfallmedikament			Paracetamol 1 g	
International		Malarone 12 Stk.		___ Tabl./T	Diamox 250 mg	
		Malarone junior 12. Stk.		___ Tabl./T	Allergie-Set	

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Wirkung und Nebenwirkung der vorgeschlagenen Medikamente und Impfungen aufgeklärt wurde. Ich weiss, dass die Kosten der reisemedizinischen Beratung, der Impfungen und Medikamente im Allgemeinen nicht durch die Grundversicherung der Krankenkasse übernommen werden.

* Ich wurde informiert, dass diese Impfungen Off-Label durchgeführt werden und habe die schriftliche Einwilligung dazu gegeben.

Bemerkungen:	
Preis für Leistungen vom Ersttermin (ohne Folgeimpfungen)	Unterschrift: