



Anmeldung zur Gelbfieberimpfung

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____
 Adresse _____ Telefonnummer: _____
 Termin zur Beratung am: _____ Uhrzeit: _____

Ich wurde darüber informiert, dass es sich bei der Gelbfieberimpfung um eine Spezialleistung handelt, die leider nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehört.
 Nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden für die erbrachte Beratung und Impfung (incl. Impfstoff) ein Aufwand von 90 € fällig.

Reisedaten

Reiseländer:	Ankunft:			Reisebedingungen:		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3

Reisebedingungen:

- 1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren / Campingurlaub)
- 2 Aufenthalt in Städten od. touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)
- 3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Art der Reise:

- Badeurlaub Sporturlaub (Sportart:)
- Rundreise Trekkingtour (Höhe:)
- Geschäftsreise Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Reisedauer: _____ Wochen / Monate

Anamnese:

- | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | ja | nein |
| 1. Allergie gegen: | | |
| Hühnereiweiß | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sulfonamide | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Antibiotika | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malaria Mittel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| andere Stoffe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 2. Frühere Impfunverträglichkeiten:** ja nein
 Welche Impfungen: _____

- 3. Bestehen bei Ihnen oder in Ihrer Familie:** ja nein
 Nervenleiden od. Epilepsie?

- 4. Leiden Sie an:**
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Krebs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leukämie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schuppenflechte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anderen chron. Krankheiten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Myasthenie / Thymuserkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 5. Nehmen Sie Kortison ein?** ja nein

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | ja | nein |
| 6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 7. Hatten Sie in den letzten 6 Wochen Kontakt zu Personen mit einer Infektionskrankheit?** (Röteln, Windpocken, Masern, Hepatitis A, Scharlach, etc.) ja nein

- 8. Besteht eine Schwangerschaft?** ja nein

- 9. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?** ja nein

- 10. Wenn Sie HIV-positiv sind, so teilen Sie uns das bitte unbedingt mit!**

.....
Datum / Unterschrift des Reisenden

Fachärzte für
Allgemein- und
Rettenungsmedizin

Hauptstraße 4
26122 Oldenburg

Fon 0441 | 50 30 64
Fax 0441 | 50 89 02

kontakt@praxis-ol.de
www.praxis-ol.de

LzO Oldenburg
BLZ | 280 50 100
KTO | 164 45 09