

Name:	Vorname:
Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)	
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Strasse + Nr:	
Postleitzahl:	Ort:
Telefon P:	Handy:
Telefon G:	E-Mail:
Beruf:	Hausarzt:
Name der Krankenkasse (Grundversicherung): _ _ _ _	Karten/Patienten-Nr: 807560 _ _ _ _ _
AHV Nr: 756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _	

Reiseziel:	
Abreisedatum:	Reisedauer:
Art der Ferien / Reise / Arbeit: (Hotel, Rucksack, Trekking, Gruppe)	

Fragebogen zur Impfberatung?	Ja	Nein
Fühlen Sie sich im Moment gesund?		
Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Fieber oder eine Infektionskrankheit? (Grippe etc.)		
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb.		
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche.		
Sind bei Ihnen Allergien oder andere Unverträglichkeiten bekannt? (Medikamente/Nahrungsmittel/Ei-Allergie) Wenn ja welche.		
Haben Sie je eine Hepatitis (Gelbsucht) durchgemacht?		
Leiden oder litten Sie an epileptischen Anfällen?		
Leiden oder litten Sie an psychiatrischen Erkrankungen oder sonstige Erkrankungen? Wenn ja welche.		
Sind früher bei Ihnen nach Impfungen Komplikationen aufgetreten?		
Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie?		

Sollten Sie an einer Krankheit leiden oder eine Therapie gemacht haben, welche die Immunabwehr Ihres Körpers beeinträchtigen kann, wie zum Beispiel HIV, Chemotherapien etc. so teilen Sie dies mir bitte bei der Arztkonsultation mit.

Alle empfohlenen Impfungen sind grundsätzlich sehr gut verträglich. Bei allen injizierten Aktivimpfungen können (bei etwa 10% der Geimpften) ein bis mehrere Tage nach der Impfung an der Impfstelle eine Schwellung und Schmerzen auftreten, gelegentlich begleitet von etwas Fieber. Die Behandlung besteht mit kühlenden Umschlägen und nötigenfalls Aspirin oder Panadol, ausgeprägtere Reaktionen (höheres Fieber, generalisierter Juckreiz) sind extrem selten. Bei vermuteten stärkeren Impfreaktionen konsultieren Sie im Zweifelsfall einen Arzt oder wenden Sie sich telefonisch an die Impfstelle.

Gilt nur für Frauen: Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir bewusst ist, dass während und nach Einnahme von Malariamedikamenten, bei Malarone für 4 Wochen, bei Mephaquin für 3 Monate, nach letzter Tabletteneinnahme und nach einer Gelbfieberimpfung, sowie nach MMR / Varizellen für 4 Wochen Verhütungsmassnahmen bezüglich einer Schwangerschaft getroffen werden müssen.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtige die Praxis Niesen 1, Hausarzt und Reisemedizin, an der Behandlung beteiligte Ärzte über meine Gesundheitsstörungen zu Informieren. Alle Personen, die Einsicht in Ihre Akten haben, sind an die strenge Geheimhaltungspflicht gebunden.

Die Rechnung der Reiseberatung wird direkt nach der Konsultation in der Praxis bezahlt.

Thun den: _____ **Unterschrift:** _____