

Reisemedizinisches Impfservice

Identifikationsetikette

Größe: _____ Gewicht: _____

Besuchsgrund / Reise (Ziel, Dauer, Abreisedatum, Reisestil): _____

	Ja	Nein
1. Bestehen bei Ihnen derzeit gesundheitliche Probleme oder Störungen des Allgemeinbefindens? 1.1 Wenn ja, welche?		
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? 2.1 Wenn ja, welche?		
3. Ist bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit bekannt? 3.1 Wenn ja, welche?		
4. Ist bei Ihnen eine Überempfindlichkeit = Allergie (z.B. Pollen, Hausstaub, Hühnereiweiß, ...) oder Asthma bekannt? 4.1. Wenn ja, welche?		
5. Leiden Sie an oder hatten Sie in der Vergangenheit eine schwere oder chronische Erkrankung? 5.1. Wenn ja, welche?		
6. Leiden Sie an Herz-, Leber-, Nieren- oder Stoffwechselerkrankungen? 6.1 Wenn ja, welche?		
7. Haben Sie oder hatten Sie jemals eine neurologische oder psychische Erkrankung oder Befindlichkeitsstörung (z.B. Depression, Panikattacke, extreme Schlafstörung)? 7.1. Wenn ja, welche?		
8. Ist Ihre körperliche Abwehr (Immunsystem) durch eine Krankheit (z.B. innere Erkrankungen, HIV-Infektion/AIDS) oder durch bestimmte Behandlungen (Strahlentherapie, Chemotherapie, Desensibilisierung, Cortisontherapie) beeinträchtigt? 8.1 Wenn ja, welche?		
9. Hatten Sie jemals nach einer Impfung eine deutliche Reaktion? 9.1 Wenn ja, welche?		
10. Hatten Sie jemals eine Venenthrombose? 10.1 Falls ja, wo und wann?		
Nur für Frauen: 11. Sind Sie Schwanger? 12. Ist in der nächsten Zeit eine Schwangerschaft geplant?		