



BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Vorname: **Familienname:**.....
Geburtsdatum:**Versicherung:**.....**Nr.:**.....
Straße: **PLZ/Ort:**
Tel. Nummer: **E-Mail:**.....
Reiseziel:.....**von:** **bis:**.....

Ich möchte bei fällig werdenden Auffrischungsimpfungen kostenlos erinnert werden.

Ja mittels: E-Mail Telefon Brief keine Erinnerung

Bitte beantworten Sie folgende Fragen in Bezug auf Ihren Gesundheitszustand:

- Fühlen Sie sich gesund? Ja Nein
- Waren Sie in den letzten 3 Monaten krank? Ja Nein
- Haben Sie früher erhaltene Impfungen gut vertragen Ja Nein
- Sind Sie bei Blutabnahmen oder sonstigen Eingriffen jemals kollabiert? Ja Nein
- Haben Sie in den letzten 6 Wochen eine Impfung erhalten? Ja Nein
- Besteht bei Ihnen eine chronische Erkrankung? Ja Nein
- Besteht eine angeborene oder erworbene Abwehrschwäche? Ja Nein
- Wurde der Thymus entfernt oder besteht eine Thymuserkrankung? Ja Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche..... Ja Nein
- Leiden oder litten Sie an einer Thrombose oder Lungenembolie? Ja Nein
- Besteht bei Ihnen eine chronische Atemwegserkrankung? Ja Nein
- Neigen Sie zu Durchfall oder besteht eine Darmkrankheit? Ja Nein
- Für Frauen: Besteht zurzeit die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein
- Ist bei Ihnen eine Allergie gegen Medikamente oder Hühnereiweiß bekannt? Ja Nein
- Durchgemachte Kinderkrankheiten:

Masern Mumps Röteln Windpocken/Schafblättern

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie HIV-infiziert sind. Wir behandeln dies selbstverständlich vertraulich.

Ich bin darüber informiert, dass die Kosten für Impfungen und reisemedizinische Beratungen nicht von den Krankenkassen bezahlt werden.

Unterschrift: