

Fragebogen für Impfberatung

Vor dem Termin ausfüllen! Formular im Voraus bringen und Impfausweis zum Termin mitnehmen.

Vor- und Nachname: _____.

Strasse / PLZ: _____.

Telefon: _____.

E-Mail: _____.

Geburtsdatum: _____.

Reiseziel(e): _____.

Abreisedatum: _____.

Reisedauer: _____.

Trifft eine der Aussagen auf Sie zu?

- ☐ Ich hatte in den letzten Tagen Fieber
- ☐ Ich habe Ekzeme/Allergien
- ☐ Ich bin schwanger
- ☐ Ich stille
- ☐ Ich plane eine Schwangerschaft in den nächsten 3 Monaten
- ☐ Ich bin in ärztlicher Behandlung
- ☐ Keine dieser Aussagen trifft zu

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift:

Durch den Arzt/Ärztin ausfüllen lassen:

- | | |
|---|---|
| ☐ Revaxis (Di-Te-Polio) | ☐ Vivotif Tabl. (Typhus) |
| ☐ Boostrix (Di-Te-Per) | ☐ Rabipur (Tollwut) |
| ☐ Boostrix Polio (Di-Te-Per-Polio) | ☐ Mérieux (Tollwut) |
| ☐ Encepur (Zecken) | ☐ Malarone Tabl. |
| ☐ FSME Immun (Zecken) | ☐ Atovaquon plus Tabl. |
| ☐ Priorix (Ma-Mu-Rö) | ☐ Mephaquin Tabl. |
| ☐ Menveo (Meningitis) | ☐ _____ |
| ☐ Prevenar (Pneumokokken) | ☐ _____ |
| ☐ Engerix B20 (Hepatitis B) | ☐ _____ |
| ☐ Havrix 1440 (Hepatitis A) | |
| ☐ Havrix 720 (Hepatitis A) | |
| ☐ Twinrix 720/20 (Hepatitis A+B) | |

Bemerkungen: _____
