



PRAXISZENTRUM
ALTE MÄLZEREI

Fragebogen Reiseimpfberatung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____

**Reiseland/
Reiseländer:** _____

Reiseart: Trekking/Individualreise Hotelurlaub Dienstreise Privatunterkunft

Reisedatum: Abfahrt: _____ Rückfahrt: _____ Dauer: _____

Allergie(n): Hühnereiweiß? ja nein

Sonstige Allergie: _____

bei Frauen: sind Sie derzeit schwanger? ja nein

Komplikationen bei früheren Impfungen? ja nein

wenn ja welche? _____

Vorerkrankungen: _____

Einnahme von Medikamenten inkl Verhütungsmittel:

Krankheitszeichen innerhalb der letzten 14 Tage, insbesondere Fieber? ja nein

Mitreisende: _____

Bitte Impfausweis bereithalten!

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Über die Reisekosten (Rechnung Praxis/Apotheke) wurde ich informiert, die Kostenaufstellungsübersicht wurde mir ausgehändigt.

Regensburg, den _____

Unterschrift