

# Internistische Hausarztpraxis Röder

## Gelbfieberimpfstelle des Landes Baden-Württemberg

Frank Röder – Facharzt für Innere Medizin  
 Costia Röder – Fachärztin für Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin  
 Dr. med. Pia Sweet - angest. Fachärztin für Allgemeinmedizin



### Reisemedizinische Beratung - Dokumentationsbogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

#### Reisedaten

Reiseländer	Ankunft			Reisebedingungen		
	Tag	Monat	Jahr	Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren; Campingurlaub)	Ausflüge ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)	Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)
Art der Reise	Badeurlaub	Rundreise	Sporturlaub	Geschäftsreise	Langzeitaufenthalt	sonstiges

#### Anamnese

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/<br>-unverträglichkeit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bestehen sonst Allergien? Wenn ja, welche?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>   |                          |                          |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen<br>Impfungen oder Medikamente<br>bekannt?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind anlässlich von<br>Injektionen/Blutabnahmen<br>Schwächezustände bekannt?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie oder<br>Familienmitglieder<br>Nervenkrankheiten oder<br>ein Anfallsleiden?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden/Litten Sie an einer<br>• bösartigen Erkrankung?<br>• chronischen Krankheit?<br>Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig<br>Medikamente ein?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Vorlage Impfpass.<br>Wurden in den letzten Wochen<br>Impfungen bei Ihnen<br>durchgeführt? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>   |                          |                          |
| 10. Bei Frauen : Besteht eine<br>Schwangerschaft oder ist eine<br>geplant?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wenn Sie HIV-positiv sind,<br>teilen Sie uns das bitte<br>unbedingt mit.                                  |                          |                          |

**Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!**

**Es erfolgt für Beratung und Impfung, sowie Impfstoffe eine Liquidation entsprechend der GOÄ!**

\_\_\_\_\_  
 Datum Unterschrift des Patienten

# Prophylaxeplan für die Reise

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieb. Impfungen	Impfungen gegen	Grundimmunisierung abgeschlossen		Anzahl der erforderlichen Impfungen	Impfplan			
		ja	nein		1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
					Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
<input type="checkbox"/>	<b>Tetanus/Diphtherie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Td Pertussis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Polio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>TdaP Polio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>MMR</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Gelbfieber</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Hepatitis A</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Hepatitis B</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Typhus</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Tollwut</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Meningokokken</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Cholera</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Jap. Enzephalitis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>FSME</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Grippe</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<b>Pneumokokken</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Malaria-Chemoprophylaxe mit

Vektorprophylaxe mit

Standby-Malaria-Medikation

Thrombose-Prophylaxe mit

Durchfallprophylaxe mit

Prophylaxe Reisekrankheit mit

Anmerkungen: