



Impfvorschlag Reiseimpfung

Name: _____ geb.: ____ . ____ . ____

Reiseland: _____ Gebiet: _____

Aufenthaltsdaten: _____

Zwischenstopp > 12 Stunden: _____

Hotel/Rucksackurlaub: _____

Schwanger: ja nein

Mir ist bekannt, dass es sich bei einer Reiseimpfung und der dazugehörigen Impfberatung um eine individuelle Gesundheitsleistung handelt, die mir privat auf Basis der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in Rechnung gestellt wird.

Datum & Unterschrift: _____

Ärztin/Arzt füllt aus:

	vorhanden	empfohlen	gewünscht
Tetanus			
Diphtherie			
Polio			
Pertussis			
MMR			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Typhus			
Meningokokken			
Tollwut			
Jap. Encephalitis			
FSME			
Dengue			
Influenza			
Covid			
Cholera			
Malariamedikation			

	Impftermin 1	Impftermin 2	Impftermin 3
Datum			
Erkrankung & Impfstoff			

Für eine Gelbfieber-Impfung wenden Sie sich bitte an eine der offiziellen Gelbfieberimpfstellen.