

CENTER APOTHEKE

Fragebogen zur Reiseimpfberatung

Vorname/Name	Gewicht
.....
Straße	Geburtsdatum
.....
PLZ/Ort	Tel. (für Rückfragen)
.....
Abreisetermin	Aufenthalt (Tage)
.....
Reiseziel(e)	
.....	

<p>Unbedingt im Impfpass nachsehen/schätzen:</p> <p>Impfung: Datum der letzten Impfung</p> <p><input type="checkbox"/> Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Cholera (parenteral/oral) <input type="checkbox"/> Hepatitis A (Aktiv) <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Gelbfieber <input type="checkbox"/> Typhus (oral/parenteral) <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> weitere Impfung(en)</p>	<p>Art der Reise (Hygienebedingungen):</p> <p><input type="checkbox"/> Geschäftsreisen / reine Städtereisen <input type="checkbox"/> Hotelaufenthalt mit hohem Standard <input type="checkbox"/> Hotelaufenthalt, einfacher Standard und/oder Reisen in ländliche Gebiete <input type="checkbox"/> Trekking, Camping, Safari, Aufenthalt unter sehr einfachen Lebensbedingungen <input type="checkbox"/> Aufenthalt mit intensiven sozialen Kontakten. Entwicklungsdienst, medizinischer Dienst u.ä. <input type="checkbox"/> Langzeitreisen</p>
--	--

Ganz wichtig: Erkrankungen und Medikamente
 Eine Impfberatung sollte auf Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen hinweisen. Hierzu bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Wünschen Sie dies nicht, erhalten Sie diesbezüglich einen neutralen Ausdruck.

Ich bin / Ich habe:

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Augenleiden	<input type="checkbox"/> Venen-krank	<input type="checkbox"/> geschwächt
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Allergiker	<input type="checkbox"/> Schilddrüsen-krank	<input type="checkbox"/> psychisch krank
<input type="checkbox"/> nierenkrank	<input type="checkbox"/> magenkrank	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-krank	<input type="checkbox"/> chronisch krank
<input type="checkbox"/> schwerkrank	<input type="checkbox"/> leberkrank	<input type="checkbox"/> früher bereits einmal an Hepatitis A erkrankt gewesen	

Welche anderen Krankheiten (bitte auch Allergien nennen)?

Nehmen Sie ständig Medikamente?

<input type="checkbox"/> Antikoagulantien	<input type="checkbox"/> Beta-Blocker	<input type="checkbox"/> Calcium-Antagonisten	<input type="checkbox"/> Digitalis-Präparate
<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/> Desensibilisierung	<input type="checkbox"/> Welche anderen Medikamente?	

Kreuzen Sie bitte außerdem an:

<input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bzw. <input type="checkbox"/> beabsichtigt	
<input type="checkbox"/> nehme Säugling mit	<input type="checkbox"/> bin auf Reise im Heil / Pflegeberuf <input type="checkbox"/> bin Kontaktlinsenträger
<input type="checkbox"/> Rötelnimpfung gerade erhalten	<input type="checkbox"/> lenke im Urlaub ein Fahrzeug <input type="checkbox"/> gehöre zum Flugpersonal
<input type="checkbox"/> reise als Jäger/mache echte Safari	<input type="checkbox"/> werde im Urlaub mit Flaschen tauchen <input type="checkbox"/> bin Vielreisender

Möchten Sie ...

dass wir Ihnen die Medikamente reservieren?
 Beipackzettel zur Gelbfieber-Impfung
 Informationen zur Zeitverschiebung:

Center-Apotheke im Franken-Center

Glogauerstr. 30 - 38
 90473 Nürnberg
 Tel.: 0911 / 803016
 Fax.: 0911 / 8001171

Öffnungszeiten: Montag bis Samstag von 8 Uhr bis 20 Uhr