

**Anmeldung zur reisemedizinischen Beratung und Reiseimpfung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Reiseziele (Länder/Städte/... von.... bis): \_

Bitte geben Sie wenn möglich die Reiseziele in der richtigen Reihenfolge an.

1. Ab (Datum) \_\_\_\_\_ Ziel: Stadt/Land: \_\_\_\_\_

2. Ab(Datum) \_\_\_\_\_ Ziel: Stadt/Land: \_\_\_\_\_

3. Ab (Datum) \_\_\_\_\_ Ziel: Stadt/Land: \_\_\_\_\_

4. Ab (Datum) \_\_\_\_\_ Ziel: Stadt/Land: \_\_\_\_\_

**Reisedetails:** \_ Flugzeug      \_ Auto      \_ Bahn      \_ Schiff      \_ Safari/Rundreise  
\_ Sporturlaub      \_ Badeurlaub      \_ Städtereise      \_ Hotel  
\_ Unterkunft bei Landsleuten      \_ Rucksackreise      \_ sonstiges

---

chronische Erkrankungen?    \_ Nein      \_ Ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_ fam. Thromboseneigung    \_ Krampfadern      \_ Tumorerkrankung  
\_ Gerinnungsstörung      \_ Pille/Hormontherapie

Medikamenteneinnahme?    \_ Nein      \_ Ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurden früher Malariamedikamente eingenommen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**WICHTIG! Impfausweis nicht vergessen! Bitte auch alle früheren Ausweise mitbringen!**

Die reisemedizinische Beratung dient der Krankheitsprävention. Ich bin darüber informiert, dass die Kosten gemäß GOÄ in Rechnung gestellt werden.

Weisenheim, den \_\_\_\_\_      Unterschrift \_\_\_\_\_

**Dr. med. Karl Deibel**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Reisemedizin  
Gelbfieberimpfstelle

Am Nussbaum 9  
67273 Weisenheim am Berg  
Tel. 06353 9597930  
praxisdeibel@gmx.de

Name des Reisenden:

Von der Praxis auszufüllen:

empfohlen		Anzahl	Impfstatus/ erh. Impfdosen	Impfschutz bis
	<b>Tetanus</b>			
	<b>Diphtherie</b>			
	<b>Polio</b>			
	<b>Pertussis</b>			
	<b>Masern</b>			
	<b>Hepatitis A</b>			
	<b>Hepatitis B</b>			
	<b>Meningokokken</b>			
	<b>Tollwut</b>			
	<b>Gelbfieber</b>			
	<b>Typhus</b>			
	<b>Cholera</b>			
	<b>Influenza</b>			
	<b>FSME</b>			
	<b>Jap. Enzephalitis</b>			