

IMPFBLATT Personalien
Vorgeschichte, Ärztliche Leistungen

Vor der Sprechstunde ausfüllen:

Datum _____

Name _____

Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Hausarzt _____

Reiseziel(e) _____

Reiseziel(e) _____

Reiseziel(e) _____

Abreisedatum _____

Reisedauer _____

Trifft für Sie eine dieser Aussagen zu?

- ich hatte früher GELBSUCHT
- ich hatte FIEBER in den letzten Tagen
- ich hatte starke IMPFREAKTIONEN
- ich habe EKZEME/ALLERGIEN

- ich bin SCHWANGER ich stille
- ich nehme MEDIKAMENTE, welche

- ich bin in ärztlicher BEHANDLUNG
- ich bin HIV positiv
- Körpergewicht
- KEINE DIESER AUSSAGEN TRIFFT ZU!**

Bemerkungen

Durch den Arzt auszufüllen:

| | | |
|---|---------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Td - pur | | Fr. 09.85 |
| <input type="checkbox"/> Revaxis | dTIPV | Fr. 27.80 |
| <input type="checkbox"/> Boostrix ab 4. Geburtstag | dTpa | Fr. 36.25 |
| <input type="checkbox"/> Boostrix Polio ab 4. Geburtstag | dTpaIPV | Fr. 47.30 |
| <input type="checkbox"/> Poliorix | IPV | Fr. 19.45 |
| <input type="checkbox"/> Infanrix DTPa-IPV | | |
| <input type="checkbox"/> Infanrix DTPa-IPV+ Hib | | |
| <input type="checkbox"/> Infanrix hexa | | |
| <input type="checkbox"/> Poliorix | IPV | Fr. 19.45 |
| <input type="checkbox"/> Tetravac | DTPa IPV | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Stamaril | Yellow Fever | |
| <input type="checkbox"/> Havrix 1440 ab 19. Geburtstag | Hep A | Fr. 56.55 |
| <input type="checkbox"/> Havrix 720 ab 1. bis 19. Geb. | Hep A | |
| <input type="checkbox"/> Engerix | Hep B | Fr. 45.15 |
| <input type="checkbox"/> Twinrix 720/20 | Hep A+B | Fr. 76.45 |
| <input type="checkbox"/> Vivotif | Typhus | Fr. 51.10 |
| <input type="checkbox"/> Menveo ACWY | Meningitis | Fr. 66.10 |
| <input type="checkbox"/> Priorix | Ma Mu Rö | Fr. 39.70 |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Rabipur <input type="checkbox"/> Mérieux | Tollwut | Fr. 77.75/69.60 |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> EncepurFSME | | Fr. 47.35 |
| <input type="checkbox"/> Malarone | 12 Tbl | Fr. 42.70 |
| <input type="checkbox"/> Atovaquon plus HC Spirig | 12 Tbl | Fr. 39.95 |
| <input type="checkbox"/> Loperamid | 20 Tbl | Fr. 09.65 |
| <input type="checkbox"/> Mephaquin | 8 Tbl | Fr. 33.65 |
| <input type="checkbox"/> Internat. Impfausweis | Exemption Certific. | Fr. 09.00 |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | | |

Konsultationsgebühren nach Tarmed

| | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> (25Min) Pos Tarmed 00.0010/ .0020/ .0030/ .0015/ 2*.0510 | 89.86 TP |
| <input type="checkbox"/> (15 Min) Pos Tarmed 0010 / .0020/ .0030 / .0015 | 54.34 TP |
| <input type="checkbox"/> (5 Min) Pos Tarmed 00.0010/ 00.0015 | 27.76 TP |
| <input type="checkbox"/> (20 Min) Pos Tarmed 00.0010/ 00.1370 | 49.60 TP |
| <input type="checkbox"/> (Min) Pos Tarmed 00.0010/ | TP |

- EC/Postcard Rechn. an Pat. Rechn. an KK

Pat. Nr. :

Total CHF: