

IMPFBLATT Personalien 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 nehme MEDIKAMENTE, welche
ich bin in ärztlicher BEHANDLUNG
ich bin HIV positiv
KEINE DIESER AUSSAGEN TRIFFT ZU!

Durch den Arzt auszufüllen:

Revaxis dTIPV
Boostrix dTpa
Boostrix Polio dTpaIPV
Poliorix IPV
Stamaril Nr. 1 2 Gelbfieber
Havrix 1440 Nr. 1 2 Hep A
Havrix 720 Hep A
Engerix B20 Nr. 1 2 3 Hep B
Twinrix 720/20 Nr. 1 2 3 Hep A+B
Vivotif Typhus
Menveo ACWY Meningitis
Priorix Nr. 1 2 Ma Mu Rö
Rabipur Tollwut
Tollwutimpfstoff Mérieux Tollwut
Encepur Zecken
FSME Immun Zecken
Malarone 12 Tbl
Atovaquon plus HC Spirig 12 Tbl
Atovaquon plus HC Spirig 24 Tbl
Mephaquin 8 Tbl
Loperamid 20 Tbl
Internationaler Impfausweis
Exemption Certificate

Konsultationsgebühren

25 Min.
EC/Postcard
Rechn. an Pat.

Pat. Nr. : Total CHF: