

Vor der Sprechstunde ausfüllen:

Datum	
Name	
Vorname	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Mobile	
Email	
Geburtsdatum	
Hausarzt	
Reiseziel(e)	
Reiseziel(e)	
Reiseziel(e)	
Reiseziel(e)	
Abreisedatum	
Reiseroute	

Trifft für Sie eine dieser Aussagen zu?

- Ich hatte früher **Gelbsucht**
- ich hatte **Fieber** in den letzten Tagen
- ich hatte starke **Impfreaktionen**
- ich habe **Allergien**, wenn ja, welche

ich bin **schwanger** ich **stille**

ich nehme **Medikamente**, falls ja, welche

ich bin früher an **Denguefieber** erkrankt

ich bin in ärztlicher **Behandlung**

ich bin **HIV** positiv

Keine dieser **Aussagen** trifft zu

Ort / Datum

Unterschrift des Reisenden

Ärztliche Leistungen:

- | | | |
|---|-----------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Revaxis | | dTIPV |
| <input type="checkbox"/> Adacel | Boostrix | dTpa |
| <input type="checkbox"/> Adacel Polio | Boostrix Polio | DTpalPV |
| <input type="checkbox"/> Stamaril | Nr. 1 / Nr. 2 | Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Havrix 1440 | Nr. 1 / Nr. 2 | Hep A |
| <input type="checkbox"/> Havrix 720 | | Hep A |
| <input type="checkbox"/> Engerix B20 | Nr. 1 / Nr. 2 / Nr. 3 | Heb B |
| <input type="checkbox"/> Twinrix 720/20 | Nr. 1 / Nr. 2 / Nr. 3 | Hep A + B |
| <input type="checkbox"/> Vivotif Schluckimpfung | | Typhus |
| <input type="checkbox"/> Menveo / Menquadfi | | Men ACWY |
| <input type="checkbox"/> Priorix | Nr. 1 / Nr. 2 | Ma Mu Rö |
| <input type="checkbox"/> Rabipur | | Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Qdenga | | Denguefieber |
| <input type="checkbox"/> Encepur | | Zecken |
| <input type="checkbox"/> FSME Immun | | Zecken |
| <input type="checkbox"/> Vimkunya | | Chikunguya |
| <input type="checkbox"/> Atovaquon plus HC Spirig | | 12 Tbl |
| <input type="checkbox"/> Atovaquon HC Spirig | | 24 Tbl |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Loperamid | | 20 Tbl |
| <input type="checkbox"/> Internationaler Impfausweis | | |
| <input type="checkbox"/> Exemption Certificate | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

Konsultationsgebühren

erste 5' min

jede weitere 1' min

Total CHF (VVG):

Impfstoff	Dosen	Datum letzte Impfung	Impfstoff	Dosen	