



Gelbfieberimpfung (Vertragskasse)

Sie wünschen eine Gelbfieberimpfung vor Ihrer Reise.

Falls noch nicht geschehen, empfehlen wir Ihnen zusätzlich eine reisemedizinische Planung eventuell erforderlicher weiterer Impfungen sowie eine Malariaberatung für Ihr Reiseland.

Falls Sie dies wünschen, lassen Sie es uns wissen.

Ansonsten bitten wir Sie, die beigefügten Fragebögen vollständig auszufüllen und mindestens **2 Tage vor Ihrem Termin** an uns zurück zu senden.

Viel Spaß dabei

Dr. Carsten Luerweg
Facharzt für
Allgemeinmedizin

Heinrich Joiko
Facharzt für
Allgemeinmedizin

Dennis Günes
Facharzt für
Allgemeinmedizin und
Viszeralchirurgie

Benjamin Luerweg
Facharzt für
Allgemeinmedizin

Elizaveta Vetkova
Ärztin i.W.
Allgemeinmedizin





Reisemedizinische Anamnese

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Mobilnummer:

Reiseziel:

Land/Länder 1. _____ 2. _____ 3. _____

Reiseroute:

Städte/Orte/Sehenswürdigkeiten/Nationalparks etc. in zeitlicher Reihenfolge

Zu

1. _____

Zu

2. _____

Zu

3. _____

Für weitere Angaben bitte Extrablatt benutzen

Falls Ihnen Reiseunterlagen mit Routenbeschreibungen vorliegen, legen Sie diese bitte bei

Bankverbindung
Commerzbank Bottrop
BLZ 360 400 39
Konto 81 727 10 01

Bankverbindung
Stadtsparkasse Bottrop
BLZ 424 512 20
Konto 16 518 755

Internet
info@dr-luerweg.de
www.haz-bottrop.de





Reisedatum:

Ankunft

1. _____ 2. _____ 3. _____

Abreise

1. _____ 2. _____ 3. _____

Reisekriterien:

- Organisierte Reise (Reiseveranstalter)
- Geplante Route
- Aufenthalt an einem Ort
Hotel
- Rundreise
- Hotel
- Tracking/Rucksacktourismus
- Enger Kontakt zur Bevölkerung
(Familienangehörige, Hilfsorganisationen)
- Schiffsreise mit organisierten Ausflügen
- Busreise
- Auto
- Gerätetauchen
- Flugsport (Drachenfliegen/Fallschirmspringen)
- Eigenregie
- Spontane Route
- Kombination Rundreise mit
Rundreise
- Camping
- Einfache Unterkunft
- Tierkontakte zu erwarten
- Flugzeug
- Fahrrad
- Bergsteigen





Gesundheitszustand:

- Ich bin gesund und habe keine Beschwerden
- Ich habe Beschwerden, und zwar

Aktuelle und chronische Erkrankungen:

- Nein, ich habe keine Erkrankungen
- Ja, _____

- Folgende Erkrankungen sind bei mir bekannt
 - Bluterkrankheit
 - Diabetes Psoriasis Porphyrie
 - Herzkrankheiten (KHK, Infarkt, Herzleistungsschwäche)
 - Myasthenie Epilepsie Psychische Störungen
 - Nervenkrankheiten
 - Nierenschaden Nierenleistungsschwäche
 - Leberschaden Hepatitis
 - Masern
 - Allergien und
 - zwar _____
 - Rheuma M.Crohn Colitis ulcerosa
 - Andere Autoimmunerkrankungen
(z.B. Wegener, Lupus erythematodes, Sklerodermie, Arteriitis temp.)





Einnahme von Medikamenten:

- Keine
- O Marcumar O andere Blutverdünner (Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Lixiana)
- Immundämpfende Medikamente (z.B. MTX, Kortison, Imurek, Azathioprin) ein
- Ich nehme regelmäßig Medikamente, und zwar _____

Allergien:

- Nein
- Ja, und
zwar _____
- Hühnereiweißallergie

Impfweis:

- Liegt vor und wird eingereicht
- Ein Impfweis existiert nicht oder nicht mehr

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift Name, Vorname (Patient)

Bitte übermitteln Sie Ihre Unterlagen bis spätestens 2 Tage vor Ihrem Beratungstermin

FAX **02041/7574-15** oder
MAIL **info@gelbfieberimpfstelle.eu**

Bankverbindung
Commerzbank Bottrop
BLZ 360 400 39
Konto 81 727 10 01

Bankverbindung
Stadtparkasse Bottrop
BLZ 424 512 20
Konto 16 518 755

Internet
info@dr-luerweg.de
www.haz-bottrop.de

