



Reiseberatung

(erstellt August 2024)

Berlin, den _____

DR. SIBYLLE KATZENSTEIN
PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Reiseziele: _____

Start am: _____ Rückkehr am: _____

- Rucksack / Trekking, Individualreise, einfache Unterkünfte
- organisierte Reisen, Rundreisen, einfache Hotels
- Touristikzentren, große Städte, gehobener Standard

Individuelle Gesundheitsleistung (Igel-Leistung): Reiseimpfungen

- Kosten für Reiseimpfungen / Reiseberatung werden von den meisten Krankenkasse erstattet. Bitte nehmen Sie mit ihrer Krankenkasse Kontakt auf und erkundigen sie sich, in welchem Umfang die Kosten übernommen werden. Folgende Kosten werden in Rechnung gestellt. Reichen Sie die Rechnung und den Kostennachweis für die Impfstoffe (Apotheke) bei Ihrer Krankenkasse ein.

umfassende Beratung (Erstberatung je nach Umfang): **20,10 € - 30,60** Impfleistung: **10,72 €**

Erstellung Impfplan: **5,36 €**

Ich wünsche die oben bezeichneten individuellen Gesundheitsleistungen durch die behandelnde Ärztin in Anspruch zu nehmen.

Name, Vorname: _____ Unterschrift: _____

Anamnese:

	JA	NEIN
1. Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie chronische Erkrankungen? welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Liegt bei Ihnen eine Immunschwäche vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Besteht eine Allergie gegen Hühnereiweiß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I m p f t e r m i n e

	Impfung gegen	1.	2.	3.	Impfstoff
<input type="checkbox"/>	Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Polio				Boostrix Polio <i>Auffr. alle 10 Jahre</i>
<input type="checkbox"/>	Polio				IPV-Merieux <i>Auffr. alle 10 Jahre</i>
<input type="checkbox"/>	Masern-Mumps-Röteln • 1-2x				M-M-RVaxPro / Priorix
<input type="checkbox"/>	Windpocken / Varizellen • 2x				Varilrix / Varivax
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken • 1x				Apexxnar
<input type="checkbox"/>	Gürtelrose / Zoster • 2x im Abstand von 2 Monaten				Shingrix
<input type="checkbox"/>	HPV • 2-3x, für Jugendliche				Gardasil 9
<input type="checkbox"/>	Covid				Comirnaty u.a.
<input type="checkbox"/>	RSV (respiratory syncytial virus) • 1x <u>keine Kostenübernahme durch die Kassen</u>				Abrysvo / Arexvy
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber • 1x <u>KI + Einreisebestimmungen beachten</u>				Stamaril <i>Schutz für 10 Jahre</i>
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A • 2x, Abstand 6-12 Mo.				Havrix / Vaqta <i>Schutz mind. für 10 J.</i>
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B • 3x, 0-1-6 Monate				Engerix-B / HBVaxPro
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A + B • 3x, 0-1-6 Monate				Twinrix <i>Schutz 15-20 J.</i>
<input type="checkbox"/>	Typhus • 1x				Typhim <i>Schutz 3 Jahre</i>
<input type="checkbox"/>	Denguefieber • 2x, Abstand 3 Monate <u>nach Dengue-Erkrankung in der Vergangenheit</u>				Qdenga
<input type="checkbox"/>	Meningokokken ACWY • 1x				Nimenrix / Menveo
<input type="checkbox"/>	Meningokokken B • 2x, Abstand 1 Monat				Bexsero
<input type="checkbox"/>	Tollwut • 3x, Tag 0-7-21/28				Rabipur / Verorab <i>Auffr. nach Tierbiss</i>
<input type="checkbox"/>	Japanische Enzephalitis • 2x, Tag 0-7				Ixiaro <i>Auffr. nach 1 Jahr</i>
<input type="checkbox"/>	Influenza (Grippe)				<i>jährlich impfen</i>
<input type="checkbox"/>	FSME • 3x, Monat 0-1-12				FSME Immun <i>Auffr. alle 5 J.</i>
<input type="checkbox"/>	Cholera • 1x (Vaxchora) bzw. 2x Tag 0-7 (Dukoral)				Vaxchora / Dukoral