

Liebe Kundin, lieber Kunde der Bären - Apotheke Auerbach,

bitte drucken Sie das Formular aus und tragen Sie anschließend die Daten Ihrer Reise ein.
Senden Sie Ihre Angaben per Post an die nachfolgende Adresse oder bringen Sie das
Formular

einfach in der Bären-Apotheke vorbei. Wir erstellen Ihren persönlichen Impfplan,
den Sie bei Ihrem nächsten Besuch in unserer Apotheke abholen können.

Bären-Apotheke, Goethestr. 1, 08209 Auerbach

Vorname/Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon für evtl. Rückfragen	<input type="text"/>
e-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/>
Größe	<input type="text"/>
Abreisetermin	<input type="text"/>
Reiseziel	Dauer des Aufenthalts in Tagen
1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>

Art der Reise (**Hygienebedingungen**)

- Geschäftsreisen / reine Städtereisen
- Hotelaufenthalt mit hohem Standard
- Hotelaufenthalt, einfacher Standard und/oder Reisen in ländliche Gebiete
- Trekking, Camping, Safari, Aufenthalt unter sehr einfachen Lebensbedingungen
- Aufenthalt mit intensiven sozialen Kontakten. Entwicklungsdienst, medizinischer Dienst u.ä.
- Langzeitreisen

Unbedingt im Impfpass nachsehen :

Wichtig ! Nur im Impfpass eingetragene Impfungen gelten als erfolgt !

Achten Sie also immer darauf, dass der Arzt jede Impfung in Ihren Pass einträgt !

**Eine nicht eingetragene Impfung gilt, im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen,
als nicht erfolgt. Nur so können Fehler durch falsche Erinnerung ausgeschlossen werden.**

Impfung	Datum der letzten Impfung	Grundimmunisierung abgeschlossen?			
		Insgesamt	Ja	Nein	
Kinderlähmung/ Polio	<input type="text"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diphtherie	<input type="text"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cholera als oral Impfung	<input type="text"/>				
Cholera als Injektion	<input type="text"/>				
Hepatitis A (Aktiv)	<input type="text"/>	Havrix (alt)	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Havrix1440	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="text"/>				

Gelbfieber	<input type="text"/>		
Typhus als orale Impfung	<input type="text"/>		
Typhus als Injektion	<input type="text"/>		
Tetanus	<input type="text"/>	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
weitere Impfung(en)	<input type="text"/>		

Es ist kein Problem wenn Impfmindestabstände überschritten wurden !

Beispiel : Die letzte Tetanusimpfung liegt 15 Jahre, also mehr als die empfohlenen 10 Jahre zurück, und insgesamt sind aber drei Impfungen gegen Tetanus erfolgt (und dokumentiert im Impfpass), dann muß nur einmal aufgefrischt werden ! Es ist keine neue Grundimmunisierung notwendig !

Ist in diesem Fall nur eine Impfung dokumentiert reichen zwei Impfungen aus !

Ganz wichtig: Erkrankungen und Medikamente

Eine Impfberatung sollte auf Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen hinweisen.

Hierzu bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.

Wünschen Sie dies nicht, erhalten Sie diesbezüglich einen neutralen Ausdruck.

Sind Sie/haben Sie

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> herz-kreislauf-krank	<input type="checkbox"/> schilddrüsenkrank
<input type="checkbox"/> leberkrank	<input type="checkbox"/> magenkrank	<input type="checkbox"/> nierenkrank
<input type="checkbox"/> venenkrank	<input type="checkbox"/> Allergiker	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Glaukom ("grüner Star)		
<input type="checkbox"/> früher bereits einmal an Hepatitis A erkrankt (gesicherte Diagnose)	<input type="checkbox"/> an folgender chronischer Krankheit erkrankt	<input type="text"/>

Nehmen Sie ständig Medikamente?

<input type="checkbox"/> Antikoagulantien	<input type="checkbox"/> Beta-Blocker	<input type="checkbox"/> Calcium-Antagonisten
<input type="checkbox"/> Digitalis-Praeparate	<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva	
Welche anderen Medikamente?	<input type="text"/>	

Kreuzen Sie bitte außerdem an

<input type="checkbox"/> Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beabsichtigt
<input type="checkbox"/> Stillende	<input type="checkbox"/> bin auf Reise im Heil-/Pflegeberuf	<input type="checkbox"/> lenke im Urlaub ein Flugzeug
<input type="checkbox"/> lenke im Urlaub ein Fahrzeug	<input type="checkbox"/> bin Kontaktlinsenträger	<input type="checkbox"/> werde im Urlaub mit Flaschen tauchen
<input type="checkbox"/> Rötelnimpfung gerade erhalten	<input type="checkbox"/> werde Bergsteigen	<input type="checkbox"/> reise als Jäger/mache echte Safari
<input type="checkbox"/> werde Extremsportarten betreiben	<input type="checkbox"/> Angehöriger des Flugpersonal	<input type="checkbox"/> bin Vielreisende(r)

Folgende Angehörige/ Freunde insbesondere Kinder reisen mit:

Alter

Wünschen Sie ausführliche Informationen zu folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Durchfallerkrankungen | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Bilharsiose | <input type="checkbox"/> Fleckfieber | <input type="checkbox"/> Pest |
| <input type="checkbox"/> Chagas-Krankheit | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Schlafkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Japan-Encephalitis | <input type="checkbox"/> Wurmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Dengue-Fieber | <input type="checkbox"/> Kala Azar | <input type="checkbox"/> Tollwut |

Ich bin einverstanden, daß meine persönlichen Daten entsprechend dem §3 des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert werden.
Diese Einverständniserklärung kann jederzeit von mir widerrufen werde.
Meine Daten werden entsprechend den Datenschutzbestimmungen vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.