

Fragebogen zur Reiseimpfberatung



Dr. Karina Mattfeldt
Ihre Hausarztpraxis

Hinweis: Bitte bringen Sie (wenn möglich) Ihren Impfpass zum Beratungstermin mit.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon/ E-Mail (für Rückfragen): _____

1. Art der Reise

Bitte kreuzen Sie an, was auf Ihre Reise zutrifft (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pauschalreise | <input type="checkbox"/> Studienaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Rucksackreise / Individualreise | <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt (länger als 3 Monate) |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsreise | <input type="checkbox"/> Expedition / Trekking |
| <input type="checkbox"/> Freiwilligenarbeit / Soziale Projekte | <input type="checkbox"/> Kreuzfahrt |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____ | |

2. Reiseziele

Bitte tragen Sie alle geplanten Länder ein (auch Transitländer, falls relevant):

- Land 1: _____

- Land 2: _____

- Land 3: _____

Falls vorhanden:

- Geplante Regionen (z. B. ländliche Gebiete, Städte, Hochrisikogebiete):

3. Reisezeitraum

Abreisedatum: _____

Rückkehrdatum: _____

4. Reisebedingungen

Übernachtung:

- | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hotel / Ferienanlage | <input type="checkbox"/> Hostel / einfache Unterkünfte |
| <input type="checkbox"/> Camping / Zelt | <input type="checkbox"/> Privatunterkünfte |

Fragebogen zur Reiseimpfberatung



Dr. Karina Mattfeldt
Ihre Hausarztpraxis

Hygienestandards:

- ☐ Überwiegend gute Standards
- ☐ Eher einfache / unsichere Bedingungen

Geplante Aktivitäten:

- ☐ Wandern / Trekking
- ☐ Kontakt zu Tieren (z. B. Safari, Tierpflege)
- ☐ Aufenthalt in ländlichen / abgelegenen Gebieten
- ☐ Tauchurlaub
- ☐ Keine besonderen Aktivitäten

5. Gesundheitszustand / Besondere Risiken

Bestehende Vorerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte kurz erläutern:

Allergien gegen Impfstoffe / Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte angeben:

Schwangerschaft oder Stillzeit? ☐ Ja ☐ Nein

Medikamente / Immunsuppression? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte angeben:

6. Impfstatus

Falls bekannt, bitte vorhandene Impfungen ankreuzen und Impfpass mitbringen:

- | | |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Typhus |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten) | <input type="checkbox"/> Japanische Enzephalitis |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Masern-Mumps-Röteln (MMR) | <input type="checkbox"/> Meningokokken |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> COVID-19 |
| | <input type="checkbox"/> Influenza (Grippe) |

7. Besonderheiten / Weitere Fragen

Gibt es besondere Anliegen, Risiken oder Fragen zur Reise? _____