

- Kölner Institut für Reisemedizin -

Tel 0221 93 450 93 * Fax 93 450 94 * email dr.krappitz@ifrm-koeln.de

Gelbfieberimpfstelle		Reiseberatung und medizinische Betreuung - Impfungen -		Fortbildung für Ärzte	
Praxis Dr. Krappitz	Fliegerärztliche Untersuchung	Tauchsport Untersuchung	Fallschirmspringer Untersuchung	Fahrtauglichkeits- Untersuchung	

Anfrage zur Gelbfieberimpfung (Klärung der Impfindikation)

für Abreise am Alter J
Name Vorname

Reise in ein Land Anlass der Reise

Reise in mehrere Länder

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie beabsichtigen, eine Fernreise durchzuführen, und möchten prüfen lassen, ob eine Gelbfieberimpfung angezeigt ist. Sollten Sie auch eine reisemedizinische Beratung wünschen, dann kreuzen Sie bitte an, ansonsten erfolgt hier nur die Prüfung der Gelbfieberimpfindikation.	O ja
Erfolgte innerhalb der letzten 4 Wochen eine Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Polio (Schluckimpfung, heute nicht mehr üblich) oder eine andere Lebendimpfung (Typhus) oder (eine) solche für die nächsten vier Wochen vorgesehen ist / sind, kreuzen Sie hier an, andernfalls bitte O nein.	O ja
Bestehen bei Ihnen Allergien? O nein wenn ja, gegen O Hühnereiweiß O Bettfedern O Tierhaare O Fischeiweiß O Pollen O andere, Unverträglichkeit gegen Eier? O nein	O ja
Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten? O nein wenn ja, gegen:	O ja
Haben in den letzten drei Monaten akute Erkrankungen bestanden (Fieber, Unwohlsein, schwere Unfälle, Operationen etc.) oder leiden Sie an schweren chronischen Erkrankungen, z. B. Leukämie, Krebs, AIDS, Diabetes, Hepatitis, Nierenleiden, allergischem Asthma, entzündlichem Gelenkrheumatismus, Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden, Erkrankungen/Operationen der Thymusdrüse, angeborenen Immundefekten O nein wenn ja:	O ja
Haben Sie in den letzten drei Monaten Medikamente genommen, Spritzen oder andere Behandlungen erhalten, die stark auf das Immunsystem wirken, z. B. Kortison, Immunsuppressiva, Chemotherapie, Bestrahlungen, sonstige? O nein wenn ja:	O ja
(Bei Frauen) Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie derzeit? O nein	O ja
Frühere Gelbfieberimpfungen? O nein	O ja

Ich bitte um eine Prüfung, ob bei mir für o. g. Reise eine Indikation zur Gelbfieberimpfung besteht. Den Beratungsbetrag gemäß GOÄ in Höhe von € 10,72 habe ich auf das Konto 010 1895 486 bei der Apotheker- und Ärztebank, BLZ 370 606 15 überwiesen.

O ich bin per email zu erreichen unter@.....
 O ich werde das Ergebnis in den nächsten Tagen telefonisch abrufen

....., den201.....
Ort Datum Unterschrift

bitte nicht ausfüllen
 Indikation aufgrund O Einreisevorschrift O Risiko, O Kontraindikation wegen: