

Bitte ausdrucken und ausgefüllt faxen an unsere Fax-Nummer 02403-839169

Impfformular

Name Vorname

Straße HausNr.

PLZ Ort

Tel. Geburtsdatum

Gewicht Abreisedatum

Reiseziel Aufenthalt (Tage).....

Bestehende Erkrankungen:

.....

.....

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

Bitte tragen Sie vorhandenen Impfschutz ein	Art der Reise (Hygienebedingungen)
Bitte ankreuzen: Datum	Bitte ankreuzen:
<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Geschäftsreise
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Hotelaufenthalt
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Hotel - einfacher Standard und/oder Reisen in ländliche Gebiete
<input type="checkbox"/> Hepatitis A (aktiv)	<input type="checkbox"/> Trekking, Camping, Safari, Aufenthalt unter sehr einfachen Lebensbedingungen)
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Aufenthalt mit intensiven sozialen Kontakten, Entwicklungsdienst, med. Dienst o.ä.
<input type="checkbox"/> Gelbfieber	<input type="checkbox"/> Langzeitreisen
<input type="checkbox"/> Typhus	
<input type="checkbox"/> Tetanus	
<input type="checkbox"/> weitere Impfungen	

Hiermit bestelle ich verbindlich meinen Reiseimpfplan, der mir mit der Beratung ausgehändigt wird. Die Schutzgebühr beträgt € 5,00 und ist nach einer Beratung in bar zu bezahlen; sie wird beim Bezug der erforderlichen Impfstoffe über die Odilien-Apotheke erstattet.

Mein Wunschtermin für eine Reise - Impfberatung ist der (bitte Datum angeben)

Ort, Datum Unterschrift