



Reisemedizinischer Dokumentationsbogen | Reise-Impfberatung

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Wo reisen Sie hin?

Für wann ist die Reise geplant?

Art der Reise

Badeurlaub Rundreise Sonstige _____

Sporturlaub Sportart _____

Trekking-Tour Höhe _____

Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Ist Ihr Kind zur Zeit gesund?

ja nein

Besteht bei Ihrem Kind eine Hühnerei-
weißallergie-/unverträglichkeit

ja nein

Besteht eine andere Allergie?

ja nein

ja, falls ja, welche _____

Sind Unverträglichkeiten gegen Impfun-
gen oder Medikamente bekannt?

ja nein

Sind anlässlich von Injektionen/Blutab-
nahmen Schwächezustände bekannt?

ja nein

Hat/Hatte Ihr Kind/Familienmitglied
Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?

ja nein

Leidet Ihr Kind an einer chronischen
Krankheit?

ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig
Medikamente ein?

ja nein

ja, falls ja, welche _____

Wurden in den letzten 4 Wochen Imp-
fungen bei Ihrem Kind durchgeführt?

ja nein

ja, falls ja, welche _____