



Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin

Kinder- und Jugendpneumologie, Neuropädiatrie und Sportmedizin
Dr. R. Maier, Dr. A. Mattheß, M. Röhrenbach

Reiseimpfplan/-beratung

(bitte zu jedem Impftermin mitbringen!)

Impfplan für: _____

Reiseziel(e): _____

Reisezeitraum (von – bis): _____

Impfung	Vollständ.	notw.	Empf.	Impfschema:	Kosten ca.:	Rezept erhalten:
DTP					-----	-----
Polio						
MMR					-----	-----
Windpocken						
FSME					-----	-----
Meningok. C					-----	-----
Meningok. B						
Men. ACWY						
Hepatitis A						
Hepatitis B					-----	-----
Tollwut						
Typhus						
Cholera						
Jap. Enzeph.						
Gelbfieber						

Malaria	Medikament	Prophylaxeschema:	Stand-by/Therapie
Empf.:			
Ja /Nein			

Reise-Impfplan: Wann:	Impfung(en) gegen:	Erledigt:

Weitere Beratung erfolgte zu:	Bemerkungen:
Insektenschutz, Sonnenschutz, Hygiene, Jetlag...	
Fliegen, Tauchen, Höhe etc.	
besonderen Risiken:	

Erstellt durch Dr. _____ Datum: _____ Unterschrift: _____