

Impfdokumentation

für die Reise nach _____

Name, Vorname: _____ Alter: _____

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieben	Impfung gegen	Grund-immunisierung abgeschlossen?		Anzahl erforderliche Impfungen	Impfdokumentation			
		ja	nein		Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
					Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
<input type="radio"/>	Tetanus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	Diphtherie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	Hepatitis A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	Hepatitis A+B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	Typhus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	Meningokokken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	Cholera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	Gelbfieber *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	sonstige Impfungen **	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

* Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstationen

** z. B. Japanische Enzephalitis, FSME, Grippe, Pneumokokken etc.

Anmerkungen: _____

<input type="radio"/>	Malaria-Prophylaxe	<input type="radio"/>	Expositions-Prophylaxe	<input type="radio"/>	Chemo-Prophylaxe mit _____	<input type="radio"/>	Stand by-Medikation mit _____
-----------------------	--------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------------

Anmerkungen: _____