

VOR DER BERATUNG AUSFÜLLEN!

DATUM:

N A M E

VORN.

GEB: DATUM

PLZ - ORT

STRASSE NR

KASSE+SEKTION

Hausarzt:

REISZIEL(E)

Reiseroute:

ABREISEDATUM

REISEDAUER:

REISEZWECK (bitte ankreuzen);

- Tourist Arbeit

TRIFFT FÜR SIE EINE DER
FOLGENDEN AUSSAGEN ZU?

bitte ankreuzen!

- ich hatte **FIEBER** den letzten Tagen
 ich bin **schwanger**/ich stille
 ich habe **ALLERGIEN/ EKZEME**
 Ich nehme **MEDIKAMENTE** ein
 Ich nahm früher Medikamente. ein

- ich bin in **ärztlicher Behandlung**
 ich bin **HIV positiv**
 ich hatte **früher Gelbsucht**
 früher starke **Impfreaktion**

KEINE dieser Aussagen trifft zu !

ich wünsche HIV Test

DATUM DER NEUESTEN IMPFUNGEN

gemäss Impfausweis

Di.-Tetanus (Starrkrampf):.....

Poloral:(Kinderlähmung).....

Nr:

Di-Tetanus Fr.....
 Polio Sabin/Salk Fr.....

Hepatitis A Fr.....
 Hepatitis B Fr.....
 Hep A und B Fr.....

Vivotif Fr.....
 Meningokokken ACWY Fr.....
 Japanese Encephalitis Fr.....

FSME IMMUN/Bulin Fr.

Lariam Fr.....
 Mephaquin Fr.....
 Nivaquine Nr. Fr.....
 Malarone
 Riamet
 Chininsulfat 30 Tbl
 Doxycyclin 200mg

Imodium Nr. 20 Fr.....

Daylong Fr.....

Anti Brumm Spray forte Fr.....

1.Konsultation Fr.....

ärztl.Gespräch/Zeugnis Fr.....

Ausweis/(Impf)Zeugnis Fr.....

Total Fr.

KS: ditet Block

Dg:

RN:..... vom.....

Praxis Dr.

Nr:

Di-Tetanus Fr.....

Polio Sabin/Salk Fr.....

Hepatitis A Havrix1440 Fr.....
 Hepatitis B Engerix Fr.....
 Hep A und B Fr.....

Name

Vorname

Geb.dat.

Vivotif Fr.....

Meningokokken ACWY Fr.....

Japanese Encephalitis Fr.....

Ort

FSME IMMUN/Bulin Fr.

Datum

Quittung Rechnung

Rückerstattungsantrag

Lariam Fr.....

Mephaquin Fr.....

Nivaquine Nr. Fr.....

Malarone

Riamet

Chininsulfat 30 Tbl

Doxycyclin 200mg

Diagnosen:

- Beratung

Imodium Nr. 20 Fr.....

Daylong Fr.....

Anti Brumm Spray forte Fr.....

1.Konsultation Fr.....

ärztl.Gespräch/Zeugnis Fr.....

Ausweis/(Impf)Zeugnis Fr.....

Reisemedizinische Infos im web:

www.osir.ch

Total Fr.