

# Impfplan für die Reise nach: \_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Hausarztpraxis  
S. Barlinn & Dr. A. Baur  
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieben	Impfung gegen	Grund- immunisierung		Anzahl der erforderlichen Impfungen	Impfplan			
					1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
		ja	nein		Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A+B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Typhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Tollwut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Meningokok- ken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Jap. Enzepha- litis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

\* Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber- Impfstellen

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Malaria- Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	Expositionsprophylaxe	<input type="checkbox"/>	Chemoprophylaxe mit	<input type="checkbox"/>	Notfallselfstherapie
--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	----------------------

Anmerkungen: \_\_\_\_\_