

Ärztliches Beratungsgespräch:

Empfohlene Impfung gegen:

| Erkrankung | Impfstoff(-kombination) | Kosten pro Impfdosis* |
|--|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Dukoral | ca. 59 € |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Stamaril (Gelbfieberimpfstelle) | ca. 40 € |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Havrix 1440 oder Havpur | ca. 68 € |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A + Typhus | <input type="checkbox"/> ViATIM oder Hepatyrix | ca. 90 € |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Engerix-B | ca. 70 € |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B | <input type="checkbox"/> Twinrix | ca. 80 € |
| <input type="checkbox"/> Japanische Enzephalitis | <input type="checkbox"/> Ixiaro | ca. 89 € |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY | <input type="checkbox"/> Nimenrix <input type="checkbox"/> Menveo | ca. 45 € |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken B | <input type="checkbox"/> Bexsero <input type="checkbox"/> Trumenba | ca. 97 € ca. 109 € |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> IPV | ca. 23 € |
| <input type="checkbox"/> Tollwut | <input type="checkbox"/> Tollwutimpfstoff HCD oder Rabipur | ca. 61 € |
| <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Typhoral <input type="checkbox"/> Typhim Vi oder Typherix | ca. 29 € |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

*Kosten für eine Impfdosis; Ausnahme Dukoral und Typhoral (Kombipack);
teils mehrere Impfdosen notwendig z.B. Tollwut: 3 x 61 €

Einverständniserklärung Impfung

Ich bin von meinem Arzt/meiner Ärztin ausführlich über die Impfung aufgeklärt worden

- im Gespräch
- und unter Verwendung eines Aufklärungsbogens.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein.

- Ich lehne die Impfung(en) ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Bemerkungen/Ergänzungen (z.B. Malaria-Prophylaxe/Notfalltherapie):

Ort, Datum

Unterschrift Reisender

Unterschrift Arzt/Ärztin

Name, Vorname:

Telefonnummer: