



## **Gelbfieberimpfung**

Sie wünschen eine Gelbfieberimpfung vor Ihrer Reise.

Falls noch nicht geschehen, empfehlen wir Ihnen zusätzlich eine reisemedizinische Planung eventuell erforderlicher weiterer Impfungen sowie eine Malariaberatung für Ihr Reiseland.

Falls Sie dies wünschen, lassen Sie es uns wissen.

Ansonsten bitten wir Sie die beigefügten Fragebögen vollständig auszufüllen und mindestens **2 Tage vor Ihrem Beratungstermin** an uns zurück zu senden.

Viel Spaß dabei

**Dr. Carsten Luerweg**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Benjamin Luerweg**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Heinrich Joiko**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Elizaveta Vetkova**  
Ärztin i.W. Allgemeinmedizin

**Dennis Günes**  
Facharzt für Allgemeinmedizin und  
Viszeralchirurgie



**Bitte durch Ankreuzen auswählen**

- Ich wünsche ausschließlich Beratung und Durchführung einer **Gelbfieberimpfung**.  
Über die Gelbfieberimpfung hinaus benötige ich **keine weitere reisemedizinische Beratung/Betreuung**.

- Impfplanung Gelbfieberimpfung	A77(F1,14)	<b>10,00 €</b>
- Durchführung der Impfung	1(F2,3)-7(F2,3)-375(F2,3)	<b>42,87 €</b>
- Impfstoffkosten		<b>Apothekenpreis</b>

- Ich wünsche eine **Gelbfieberimpfung** und zusätzlich eine reisemedizinische Auswertung/ Beratung zu notwendigen **weiteren Reiseimpfungen**

- Impfplanung je 1 Reiseland	A77(F3,42)	<b>30,00 €</b>
- Impfplanung je 1 weiteres Reiseland	A78(F0,953)	<b>10,00 €</b>
- Durchführung der Impfung	1(F2,3)-7(F2,3)-375(F2,3)	<b>42,87 €</b>
- Impfstoffkosten		<b>Apothekenpreis</b>

- Ich wünsche Malariaberatung

- Malariaberatung je 1 Reiseland	A1(F1,45)	<b>10,00 €</b>
Mehraufwand (Ortswechsel i. Land)	A1(F2,9)	<b>20,00 €</b>

---

Ort, Datum

Unterschrift Name, Vorname (Patient)

---

Bankverbindung  
Commerzbank Bottrop  
BLZ 360 400 39  
Konto 81 727 10 01

Bankverbindung  
Stadtsparkasse Bottrop  
BLZ 424 512 20  
Konto 16 518 755

Internet  
info@dr-luerweg.de  
www.haz-bottrop.de





## Reisemedizinische Anamnese

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

### Reiseziel:

Land/Länder 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

### Reiseroute:

Städte/Orte/Sehenswürdigkeiten/Nationalparks etc. in zeitlicher Reihenfolge

Zu

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zu

2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zu

3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Für weitere Angaben bitte Extrablatt benutzen

Falls Ihnen Reiseunterlagen mit Routenbeschreibungen vorliegen, legen Sie diese bitte bei

---

Bankverbindung  
Commerzbank Bottrop  
BLZ 360 400 39  
Konto 81 727 10 01

Bankverbindung  
Stadtsparkasse Bottrop  
BLZ 424 512 20  
Konto 16 518 755

Internet  
info@dr-luerweg.de  
www.haz-bottrop.de





## Reisedatum:

### Ankunft

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

### Abreise

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

## Reisekriterien:

- Organisierte Reise (Reiseveranstalter)
- Geplante Route
- Aufenthalt an einem Ort  
Hotel
- Rundreise
- Hotel
- Tracking/Rucksacktourismus
- Enger Kontakt zur Bevölkerung  
(Familienangehörige, Hilfsorganisation)
- Schiffsreise mit organisierten Ausflügen
- Busreise
- Auto
- Gerätetauchen
- Flugsport (Drachenfliegen/Fallschirmspringen)
- Eigenregie
- Spontane Route
- Kombination Rundreise mit
- Camping
- Einfache Unterkunft
- Tierkontakte zu erwarten
- Flugzeug
- Fahrrad
- Bergsteigen

---

Bankverbindung  
Commerzbank Bottrop  
BLZ 360 400 39  
Konto 81 727 10 01

Bankverbindung  
Stadtsparkasse Bottrop  
BLZ 424 512 20  
Konto 16 518 755

Internet  
info@dr-luerweg.de  
www.haz-bottrop.de





## Gesundheitszustand:

- Ich bin gesund und habe keine Beschwerden
  - Ich habe Beschwerden, und zwar
- 

## Aktuelle und chronische Erkrankungen:

- Nein, ich habe keine Erkrankungen
- Ja, \_\_\_\_\_
- Folgende Erkrankungen sind bei mir bekannt
  - Bluterkrankheit
  - Diabetes                       Psoriasis     Porphyrie
  - Herzkrankheiten (KHK, Infarkt, Herzleistungsschwäche)
  - Myasthenie                       Epilepsie     Psychische Störungen
  - Nierenschaden                 Nierenleistungsschwäche
  - Leberschaden                 Hepatitis
  - Masern
  - Allergien    und  
zwar \_\_\_\_\_
  - Rheuma                       M.Crohn                       Colitis ulcerosa
  - Andere Autoimmunerkrankungen  
(z.B. Wegener, Lupus erythematodes, Sklerodermie, Arteriitis temp.)





### **Einnahme von Medikamenten:**

- Keine
- O Marcumar    O andere Blutverdünner (Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Lixiana)
- Immundämpfende Medikamente (z.B. MTX, Kortison, Imurek, Azathioprin) ein
- Ich nehme regelmäßig Medikamente, und zwar \_\_\_\_\_

### **Allergien:**

- Nein
- Ja, und  
zwar \_\_\_\_\_
- Hühnereiweißallergie

### **Impfausweis:**

- Liegt vor und wird eingereicht
- Ein Impfausweis existiert nicht oder nicht mehr

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift Name, Vorname (Patient)

Bitte übermitteln Sie Ihre Unterlagen bis spätestens 2 Tage vor Ihrem Beratungstermin

FAX **02041/7574-15** oder  
MAIL **info@gelbfieberimpfstelle.eu**

Bankverbindung  
Commerzbank Bottrop  
BLZ 360 400 39  
Konto 81 727 10 01

Bankverbindung  
Stadtsparkasse Bottrop  
BLZ 424 512 20  
Konto 16 518 755

Internet  
info@dr-luerweg.de  
www.haz-bottrop.de

