

VOR DER SPRECHSTUNDE

DATUM

NAME

VORNAME

STRASSE NR

PLZ ORT

TELEFON NR

GEB. DAT.

KRANKENKASSE

HAUSARZT

REISEZIEL(E)

REISEROUTE

ABREISEDATUM

REISEDAUER

TRIFFT FÜR SIE EINE DIESER AUSSAGEN ZU?

- ich hatte früher **GELBSUCHT**
- ich hatte **IEBER** in den letzten Tagen
- ich hatte starke **IMPFREAKTIONEN**
- ich bin **SCHWANGER/ich stille**
- ich nehme **MEDIKAMENTE** ein
welche Medis:
- ich bin in ärztlicher **BEHANDLUNG**
- ich habe **EKZEME/ALLERGIEN**
- ich bin **HIV positiv**
- ich wünsche einen **HIV Test**
- KEINE** dieser Aussagen trifft zu!
- Körpergewicht kg

NACHIMPFUNG (en)

durch ARZT/ AERZTIN

- Td – pur Starrkrampf Fr. 09.00
- Revaxis dT IPV Fr. 35.75
- Poliorix IPV Fr. 19.45
-
- Epaxal Hep A Fr. 60.50
- Engerix B 20 Fr. 45.15
- Twinrix Hep A + B Fr. 79.45
- Vivotif Typhus Fr. 33.80
- Mencevax ACWY Fr. 46.05
- Priorix MMR Fr. 45.85
- Rabipur Tollwut Fr. 77.75
- Encepur N FSME Fr. 47.35
- Malarone Malaria Fr. 62.20
- Loperamid Mepha 2 mg /20 Fr. 9.65
Imodium ling 2mg/20 Fr. 15.50
- Mephaquin Malaria Fr. 33.65
- Chlorochin 30Malaria. Fr. 10.10
- Nobite Gel Mückenschutz Fr. 15.40
Anti Brumm Spray forte
- Daylong
Lichtschutzfaktor 16 25 50
unverbindliche Preisempfehlung
- Internationaler Impfausweis Fr. 5.00

KONSULTATIONSTAXE

- Pos. 10 20 30 Pos. 510

ZAHLUNGSEINGANG

- Barzahlung Rechnung
- EC/Postcard Pat. Nr

TOTAL