

Dr. med. Robert van der Ploeg  
Tropen- und Reisemedizin FMH  
Bachtelpraxis  
Ettenhauserstrasse 13  
8620 Wetzikon  
Tel 044 930 30 02  
bachtelpraxis@hin.ch



## Impfterminbestätigung

Sehr geehrter Reisende

Wir senden Ihnen die Terminbestätigung für den Impftermin zu.

**Datum:**

**Zeit:**

Bitte füllen Sie die beiliegenden Formulare aus und bringen diese zum Impftermin mit.

Wir benötigen Ihren Impfausweis am Impftermin.

Aus organisatorischen Gründen schliesse ich mich den Gepflogenheiten des Impfzentrums Zürich und des Tropeninstitutes Basel sowie den anderen Tropenärzten im Kanton Zürich an. Für Reiseberatung und Impfungen sind die Kosten in der Praxis zu bezahlen. Die Kosten basieren auf den Krankenkassen Tarif TARMED. Sie haben die Möglichkeit dies mit EC, Postcard, MasterCard, VISA oder Bar zu tun. Sie erhalten einen Rückerstattungsbeleg, den Sie an Ihre Krankenkasse weiterleiten können.

Für den Fall, dass Ihnen oder oben genannten **Termin nicht passt**, bitten wir Sie, sich so rasch wie möglich **bei uns zu melden**. Andernfalls müssen wir Ihnen bei einer Absage innert 24Sth. oder bei Nichterscheinen die Beratung verrechnen.

Für Ihr Verständnis danken wir Ihnen und verbleiben mit freundlichen Grüssen.

Dr. med. Robert van der Ploeg

**Rückseite**  
Orientierungsplan



♿ Die Praxis ist rollstuhlgängig, 1. Stock

🚏 Bushaltestellen in der Nähe  
Oberwetzikon, Binzackerstrasse und Sonnenfeld

🅑 Parkplätze befinden sich vor dem Haus

# Fragebogen zur Impfberatung

Bitte füllen Sie nur die **Vorderseite** dieses Formular aus und bringen Sie es zu Ihrem Impftermin mit.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

Reiseziel: \_\_\_\_\_

Abreisedatum: \_\_\_\_\_

Reisedauer: \_\_\_\_\_

Reise-Art und Aktivitäten:  Tourist  Familienbesuch  Geschäftlich  
 Tauchen  Schulen/Kinder  Jagd/Tiere  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

1. Fühlen Sie sich im Moment gesund?  ja  nein
2. Hatten Sie in den letzten 7 Tage hohes Fieber über 38°  ja  nein
3. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, weshalb \_\_\_\_\_  ja  nein
4. Nehmen Sie Medikamente ein?  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_  ja  nein
5. Sind bei Ihnen Allergien oder andere Unverträglichkeiten bekannt (Medikamente, Nahrungsmittel)?  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_  ja  nein
6. Haben Sie je eine Hepatitis (Gelbsucht) durchgemacht?  ja  nein
7. Leiden Sie unter einer Asplenie oder wurde Ihnen die Milz entfernt?  ja  nein
8. Leiden oder litten Sie an epileptischen Anfällen?  ja  nein
9. Leiden oder litten Sie an psychiatrischen Erkrankungen (Depression, Angstzustände, Halluzinationen etc)  ja  nein
10. Sind früher bei Ihnen nach Impfungen Komplikationen aufgetreten?  ja  nein
11. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie?  ja  nein

Sollten Sie an einer Krankheit leiden oder eine Therapie gemacht haben, welche die Immunabwehr Ihres Körpers beeinträchtigen kann, wie zum Beispiel HIV, Chemotherapien etc., so teilen Sie dies mir bitte bei der Arztkonsultation mit.

Die Impfungen, welche Sie möglicherweise erhalten werden, sind grundsätzlich alle gut verträglich. Ewa 5-10% der Geimpften entwickeln an der Impfstelle leichte Schmerzen und/oder können in den folgenden Tagen leichtes Fieber entwickeln. Stärkere Lokalreaktionen und höheres Fieber treten selten auf.

Aus juristischen Gründen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass jede Impfung mit einem **sehr kleinen Risiko** einer schweren unerwünschten Nebenwirkung (z.B. unvorhersehbare allergische Reaktion, Lähmungen, Schädigungen von Organsystemen) behaftet ist. Dieses Risiko ist in jedem Falle sehr viel kleiner, als das Risiko von schweren, z.T. tödlichen Folgen jener Krankheiten, welche durch die Impfung verhütet werden.

Unsere Empfehlungen wägen immer die Risiken von Erkrankungen und Impf-Nebenwirkungen sorgfältig gegeneinander ab.

Gilt nur für Frauen: Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir bewusst ist, dass während und nach Einnahme von Malariamedikamente (bei Malarone für 4 Wochen, bei Lariam für 3 Monate, nach letzter Tabletteneinnahme) und nach einer Gelbfieberimpfung für 2 Wochen Verhütungsmassnahmen bezüglich einer Schwangerschaft getroffen werden müssen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Wird vom Arzt bei der Konsultation ausgefüllt

Impfung	Datum _____	Datum _____	Datum _____
Gelbfieber			
Diphtherie / Tetanus			
Pertussis			
Polio			
MMR			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Hepatitis A+B			
Typhus			
Tollwut			
Mening. Meningitis			
Influenza			
Pneumokokken			
Cholera / ETEC			
FSME			

### Malaria

- |  |                                    |                                   |                                     |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe      | <input type="checkbox"/> Mephaquin | <input type="checkbox"/> Malarone | <input type="checkbox"/> Doxycyclin |
| <input type="checkbox"/> Notfalltherapie | <input type="checkbox"/> Mephaquin | <input type="checkbox"/> Malarone | <input type="checkbox"/> Riamet     |