

FRAGEBOGEN ZUR REISEMEDIZINISCHEN BERATUNG

HINWEIS: Dieses Dokument enthält Formularfelder, die Sie online ausfüllen und speichern können. Diese Funktion ist nicht in allen Readern verfügbar. Ist in Ihrem Programm das Ausfüllen nicht möglich, oder erhalten Sie einen Warnhinweis, dann drucken Sie das Dokument bitte aus, füllen es handschriftlich aus und senden es uns per Post oder Fax zu. Vielen Dank!

Vorname, Name: _____

Geb.-Datum: _____

ANGABEN ZUR REISE

- **Reiseziel** (chronologisch Länder, Region, Städte, Zwischenstopps?)

- **Reisestil** (welche Aktivitäten sind geplant? Safari, Badeurlaub?)

- **Reiseunterkunft** (Hotel / Zelt / Selbstunterkunft / Natur?)

- **Reisetermin**

von _____ bis _____

GESUNDHEITZUSTAND

- Chronische Krankheiten (wenn ja, welche?) Hyposensibilisierungen?

- Epilepsie/Depressionen/Nierenerkrankung/Lebererkrankung?

- Akute Krankheiten (Chemotherapie, Erkältung, Fieber, etc.?)

- **Medikamente** (Welche? Dauermedikationen? Kortison? Marcumar?)

- **Allergien** (wenn ja, welche?) Ja Nein

- **Hühnereiweißallergie?** Ja Nein

- **Bei Frauen:** (besteht eine Schwangerschaft, Kinderwunsch, Stillzeit?)

- **Operationen geplant?** (wenn ja, welche?)

IMPFUNG

- Kam es nach früheren Impfungen zu **schweren Nebenwirkungen?** Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit.

- Folgende **Impfungen** werden durchgeführt:

- **Aufklärungsmerkblatt** wurde gelesen? Ja Nein

Mir ist bekannt, dass Reiseimpfungen und Beratung zur Reiseimpfung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gehen. Die Kosten werden als Privatleistungen (in Anlehnung an die GOÄ berechnet. Mit der Barzahlung der entsprechenden Gebühr bin ich einverstanden.

Datum _____

Unterschrift*  _____

(* Unterschrift bei Vorstellung in der Praxis)