

Fragebogen vor Reisemedizinischer Beratung



Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Reiseländer	Ankunft Tag / Monat / Jahr	Reisebedingungen*		
		1	2	3
Rückkehr				

***Reisebedingungen**

1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individual-Reise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)

2 Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit organisierten Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)

3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Art der Reise:

- Badeurlaub
- Rundreise
- Geschäftsreise
- Sporturlaub, Sportart: _____
- Trekking-Tour, Höhe: _____
- Langzeitaufenthalt (Länger als 6 Wochen)

	Ja	Nein
Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Hühnereiweißallergie / -unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine andere Allergie / Unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie in der Vergangenheit Impfungen oder Medikamente nicht vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Ist es schon einmal bei einer Impfung oder Blutabnahme / Injektion zu einem Kollaps gekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden / Litten Sie an einer chronischen Erkrankung (auch HIV-Infektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, an welcher? _____		
Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung mit Chemotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, an welcher? _____		
Leiden / Litten Sie an einer Hauterkrankung (Schuppenflechte, Neurodermitis o.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind in der Familie Nervenkrankheiten, Anfallsleiden oder Depressionen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____		

Nehmen Sie Kortikosteroide ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

Für Patientinnen:

Schwangerschaft:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Stillzeit:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftswunsch:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Antibabypille:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten Reisemedizinischen Beratung entstehende Kosten (für Beratungs-/ Impfleistungen) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wichtig:

Bitte bringen Sie zur Impfberatung und zu jeder Impfung ihren Impfpass mit!