

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Name: _____ Vorname: _____

PLZ / Ort: _____

Straße: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: M [] W []

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

- * Reisebedingungen:**
- 1 Aufenthalt im Landesinnern unter einfachen Bedingungen (Rucksack/Trekking- oder Individualreise 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

- [] Sporturlaub (Sportart: _____) [] Trekking-Tour (Höhe: _____)
 [] Badeurlaub [] Rundreise [] Schiffsreise [] Geschäftsreise [] Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Sonstige Angaben

- [] Kinder reisen mit [] Asthma [] Diabetes [] Bluthochdruck [] Herz-Kreislauferkrankung

Anamnese

- | | JA | NEIN | | JA | NEIN |
|---|-----|------|---|-----|------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | [] | [] | 7. Leiden/litten Sie an einer – chronischen Krankheit? | [] | [] |
| 2. Besteht eine Hühnereiweiß-allergie/-unverträglichkeit? | [] | [] | – bösartigen Erkrankung? | [] | [] |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche? | [] | [] | 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? | [] | [] |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? | [] | [] | 9. Impfungen in den letzten 4 Wochen? Wenn ja, welche? | [] | [] |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt? | [] | [] | 10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant? | [] | [] |
| 6. Haben/hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder Anfallsleiden? | [] | [] | | | |

Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen! Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, über die im Rahmen der gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten informiert worden zu sein und erklären sich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Beratung am:

Erwachsene:

Kinder: