

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen – Reiseimpfberatung

Name: _____
 Vorname: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Straße: _____
 Tel.: _____
 Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

Reisedaten

Reise-Länder	Ankunft			Reisebedingungen		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr:						

Art der Reise

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Badeurlaub
<input type="checkbox"/> Rundreise
<input type="checkbox"/> Geschäftsreise
<input type="checkbox"/> Weltreise | <input type="checkbox"/> Sporturlaub (Sportart/ en _____)
<input type="checkbox"/> Trekking-Tour (max. Höhe _____)
<input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)
<input type="checkbox"/> Schiffsreise |
|--|---|

Reisebedingungen

- | | | |
|--|--|--|
| 1
Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, 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 mit gehobenen bzw. europäischen Standards) |
|--|--|--|

Anamnese siehe Rückseite ➤

Anamnese	Ja	Nein
1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/ - unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besteht eine andere Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind anlässlich von Injektionen/ Blutabnahme Schwächezustände bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben/ Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden Sie an einer		
· chronischen Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· bösartigen Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
10. Bei Frauen:		
· Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Oder ist eine Schwangerschaft geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn Sie HIV positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.		

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!

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

Datum

Unterschrift des/ der Reisenden

➤ Zum Verbleib beim Arzt/ Ärztin