

Frau/Herr \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur reisemedizinischen Beratung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur optimalen Beratung vor Antritt Ihrer geplanten Reise sind uns einige Informationen sehr wichtig. Bitte nehmen Sie sich Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen. Bringen Sie Ihren Impfpass mit in die Praxis, damit wir Ihren aktuellen Impfstatus überprüfen können.

Reiseziel (Stadt, Land, Kontinent)	Datum Abreise	Datum Rückreise	Aufenthaltsdauer

Art der Reise (bitte das Zutreffendste ankreuzen):

Reisetyp 1 <input type="checkbox"/>	Reisetyp 2 <input type="checkbox"/>	Reisetyp 3 <input type="checkbox"/>
Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Individual- oder Rucksackreise in das Landesinnere, Radtour, vorhersehbarer Kontakt zur örtlichen Bevölkerung; Tätigkeit in Entwicklungshilfe, Erziehungs- und Gesundheitswesen, Land- oder Forstwirtschaft	Aufenthalt überwiegend in Städten, organisierte Reisen ins das Landesinnere	Aufenthalt überwiegend in touristischen Zentren, Großstädten, Flughäfen, höherklassigen Hotels und klimatisierten Räumen

### Geplante Aktivitäten:

Tauchen/Schnorcheln

Liegt eine Tauchtauglichkeitsbescheinigung vor?

Wünschen Sie eine Tauchtauglichkeitsuntersuchung durch uns?

Bergsteigen  Höhenaufenthalt  Wüstentour  Regenwaldtour  \_\_\_\_\_

### Sind bei früheren Impfungen jemals irgendwelche Probleme aufgetreten?

Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Impfung gegen Masern oder eine andere Lebendimpfung erhalten, oder ist in den nächsten 4 Wochen eine vorgesehen?

Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie in den letzten 4 Wochen sonstige Impfungen bekommen?

Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Besteht bei Ihnen eine Hühnereiweißallergie?  Ja

Bestehen sonstige Allergien (z.B. gegen Antibiotika)?

Ja, gegen: \_\_\_\_\_  Nein

Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten?

Ja, gegen: \_\_\_\_\_  Nein

Wurden in den letzten 4 Wochen medizinische Behandlungen durchgeführt?

Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Bestanden in den letzten 4 Wochen akute Erkrankungen (z.B. Fieber, Unwohlsein, schwere Unfälle, Operationen etc.)?

Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Leiden Sie an einer schweren chronischen Erkrankung, z.B. rheumatische Erkrankung, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Krankheit der blutbildenden Organe oder des Immunsystems, Diabetes, chron. Hepatitis, chron. Nierenleiden, allergisches Asthma,

Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden oder eine hier nicht genannte Erkrankung?

Ja, und die Behandlung erfolgt mit: \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie in den letzten drei Monaten Medikamente genommen, Spritzen oder andere Behandlungen erhalten, die stark auf das Immunsystem wirken, z. B. Kortison, Immunsuppressiva, Bestrahlungen, Chemotherapie o.ä.?

Ja, nämlich: \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutbestandteile oder Immunglobuline bekommen?

Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie derzeit?  Ja

Bestehen irgendwelche wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, nach denen bisher noch nicht gefragt wurde?

Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie im Besitz eines internationalen Impfausweises?  Ja: legen Sie ihn bitte bei der Anmeldung vor.  Nein

Ich versichere, die Angaben zu meiner Gesundheit und meiner Reiseplanung nach bestem Wissen gemacht zu haben. Ich weiß, dass diese Angaben Grundlage für die Indikationsstellung medizinischer Maßnahmen sind, und dass fehlerhafte Angaben die Qualität der reisemedizinischen Versorgung beeinträchtigen können.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich für die reisemedizinischen Leistungen eine Rechnung erhalte und bin einverstanden, die Rechnung in Vorkasse zu begleichen.

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift Patient