



Reisemedizinische Anamnese-Erhebung

Sie planen eine Reise und bedürfen einer reisemedizinischen Beratung, insbesondere über Impfungen und Malariaprophylaxe?

Je nach Land, Reisedauer und Reisezeit können die Impfempfehlungen und die Malariaprophylaxe variieren.

Um im Vorfeld wichtige Reiseinformationen zu erhalten, bitten wir Sie die nachstehenden Fragen so gut wie möglich zu beantworten. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind natürlich freiwillig.

Reisemedizinische Beratung und deren Impfungen sind nicht Leistungsinhalt gesetzlicher Krankenkassen und werden als „Individuelle Gesundheitsleistung / IGeL“ berechnet (GOÄ). Einige Krankenkassen ersetzen jedoch einen Teil der anstehenden Kosten.

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße, Haus-Nr.:
Krankenkasse:	Email-Adresse: @
Telefon: /	Handy: /

Vorerkrankungen?

Medikamenteneinnahme?

Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?

Reisezeit und Dauer?

Reiseziel mit Angaben zur Aufenthaltsdauer?

Reiseart?**(Reisen Sie individuell?, z.B. Rucksacktour?; oder geführte Reise mit regelmäßiger Hotelübernachtung)?****Impfstatus?**

Sind Sie gegen u.g. Erkrankungen geimpft? Wann zuletzt? Natürlich kontrollieren wir Ihren Impfpass!

Masern	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Röteln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Mumps	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Hepatitis A	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Hepatitis B	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Tetanus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Diphtherie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Polio	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Gelbfieber	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Meningokokken	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Typhus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Cholera	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Japanische Encephalitis	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Tollwut	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)
Grippe	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/> (Jahr)

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Ihr Praxisteam**Diesen Fragebogen könne Sie online ausfüllen und hier versenden, oder ausdrucken!**