



Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Reise-Impfberatung

Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel: _____

Geburtsdatum: _____

Reisedaten

Reiseländer	Ankunft - Datum	Reisebedingungen		
		1	2	3
Rückkehr				

1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking, Camping, Individualreise mit einfacher Unterkunft)

2 Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren, Pauschalreise, mittlerer bis hoher Standard

3 Aufenthalt ausschließlich in touristischen Zentren/Großstädten, Hotels mit europäischen Standard

Art der Reise

Badeurlaub

Sporturlaub (Sportart)

Rundreise

Trekking-Tour (Höhe)

Geschäftsreise

Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)



INTERNISTEN · HAUSÄRZTE
HERRENSTRASSE KARLSRUHE

Anamnese

Ja **Nein**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine andere Allergie?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen
Impfungen oder Medikamente bekannt?
Wenn Ja welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie oder Familienmitglieder
Nervenleiden/Anfallsleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden /litten Sie an chronischen Krankheiten?
einer bösartigen Neubildung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn Ja welche? _____

_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen
bei Ihnen durchgeführt ?
Wenn Ja welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bei Frauen:
Besteht eine Schwangerschaft oder Kinderwunsch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wenn Sie HIV positiv sind,
teilen Sie uns das bitte unbedingt mit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hinweis

Die Kosten für die reisemedizinische Beratung 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-/Impfleistung, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum, Unterschrift des Reisenden