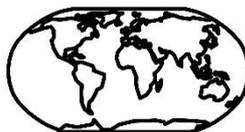


**Reisemedizinischer
Dokumentationsbogen
Reise-Impfberatung**



Hausärztlich-internistische
Gemeinschaftspraxis
A, Wopp, J. Rabe, T. Schröder

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-/Handynummer: _____

Beruf: _____

Reisedaten

Reiseländer	Ankunft			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr:						

Art der Reise	Reisebedingungen
<ul style="list-style-type: none"> ○ Badeurlaub ○ Rundreise ○ Geschäftsreise ○ Sporturlaub (Sportart _____) ○ Trekking-Tour (Höhe _____) ○ Langzeitaufenthalte (länger als 6 Wochen) 	<ol style="list-style-type: none"> 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 oder Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Anamnese	Nein	Ja		Nein	Ja
1. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Wurden in den letzten 4 Wochen bei Ihnen Impfungen durchgeführt? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bestehen sonstige Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>Wichtiger Hinweis: Die Kosten für die reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!</p> <p>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.</p> <p>_____</p> <p>Datum Unterschrift des Reisenden</p>		
5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutentnahmen Schwächezustände bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6. Sind bei Ihnen oder Familienmitgliedern Nervenkrankheiten oder Anfallsleiden bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7. Leiden Sie unter einer <ul style="list-style-type: none"> • chronischen Krankheit? • bösartigen Erkrankung? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
8. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

