

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

dieser Fragebogen soll Sie dabei unterstützen, die für Ihre reisemedizinische Beratung wichtigen Informationen vorzubereiten. Dies bildet die Grundlage für die Erstellung Ihres persönlichen reisemedizinischen Gesundheits- und Impfprofils. Sie ermöglichen individuell abgestimmte vorbeugende Maßnahmen (verpflichtende und anzurathende Impfungen, Malariaprophylaxe, Verhaltensregeln während der Reise, Reiseapotheke) zu planen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus und übersenden Sie ihn uns zusammen mit Ihren Impfunterlagen bis 3 Tage vor Ihrem Beratungstermin, damit wir alles für Sie vorbereiten können!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße: _____ PLZ/ Stadt: _____
 Beruf: _____ Tel. : _____ email: _____

Frühere Infektionskrankheiten:

Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis A, Hepatitis B

Vorerkrankungen/ Chronische Erkrankungen:

Bluthochdruck	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Herzmuskelschwäche	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Magen/Darmerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Rheuma	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Epilepsie	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Hauterkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Thrombosen/ Krampfadern	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Nikotin: nein ja

Allergien: nein ja

Wenn ja, gegen: (Antibiotika, Schmerzmittel, andere Medikamente, Hühnereiweiß, Pollen, Gräser, Hausstaubmilben, Sonnenallergie) _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: nein ja

Wenn ja, welche: _____

Frühere unerwünschte Impfreaktionen/unerwünschte Reaktion bei Malariaprophylaxe:

Wenn ja, welche: _____

Bei Frauen: Schwangerschaft/ Schwangerschaftswunsch nein ja

Aktuelle Beschwerden:

Informationen zur Ihrer Reise:

Bei der Reise handelt es sich um:

Berufliche Reise, Studien-/ Forschungsreise, Private Reise, Sonstige _____

Wie reisen Sie:

alleine mit mehreren Personen mit einer organisierten Gruppe
 reisen Kinder bzw. Minderjährige oder Senioren (älter als 60 Jahre) mit Ihnen?

Wann und wohin reisen Sie? Bitte geben Sie auch Transferländer (z.B. bei Flugreisen) und Zwischenstationen (z.B. bei Kreuzfahrten) an. Bitte möglichst genaue Angaben gemäß Ihrer feststehenden Reiseplanung:

Reiseziele	Abreisedatum	Rückreisedatum	Aufenthaltsdauer
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Mit welchen Verkehrsmitteln reisen Sie?:

PKW, Bus, Schiff, Flugzeug (Flugdauer: _____ Std.), Sonstige _____

Wie reisen Sie? Welcher Reisetyp?

Reisetyp 1: Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Individual- oder Rucksackreise in das Landesinnere, Radtour, vorhersehbarer Kontakt zu örtlichen Bevölkerung, Tätigkeit in der Entwicklungshilfe, Erziehungs- und Gesundheitswesen, Land- und Forstwirtschaft.

Reisetyp 2: Aufenthalt überwiegend in Städten, organisierte Reisen in das Landesinnere.

Reisetyp 3: Aufenthalt überwiegend in touristischen Zentren, Großstädten, Flughafen, höherklassige Hotels und klimatisierten Räumen

Welche Aktivitäten planen Sie:

Tauchen, Sportl. Aktivitäten (Klettern, Surfen, Ski etc.) Bergsteigen, Höhenaufenthalte > 2500m
 Safaris, Aufenthalte in Naturreservaten
 Geplanter Aufenthalt in Gemeinschaften, Schulen, Jugendherbergen etc.,
 Tätigkeiten in der Land- und Forstwirtschaft, Tätigkeit in Entwicklungshilfe
 Sonstiges: _____

Bitte vergessen Sie Ihren **Impfpass** nicht!

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihre Reiseprophys

Datenschutz: Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich zum Zweck Ihrer Reisemedizinischen Beratung in der Praxis gespeichert und verwendet