



Reisemedizinischer Beratungs- und Dokumentationsbogen

Name, Vorname (Patient) Geburtsdatum

Alter Gewicht

Anschrift

E-Mail Telefonnummer

Reisedaten:

Reiseziel/Land mit genauer Region	Ankunft Tag/Monat/Jahr	Rückkehr Tag/Monat/Jahr

Reisebedingung:

- einfach, Rucksack, Trekking, ländliche Gebiete
- Städte und organisierte Ausflüge ins Landesinnere, gute Unterkunft
- nur Großstädte/Touristenzentren mit gehobener Unterkunft

Art der Reise:

- Badeurlaub Rundreise Geschäftsreise Langzeitaufenthalt (> 4 Wochen)
- Sporturlaub mit Sportart:
- Trekkingurlaub mit geplanter Höhe von:

Anamnese:

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung:

ja nein | wenn ja, welche:

Leiden Sie an einer Nervenerkrankung:

ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein:

ja nein | wenn ja, welche:

Sind Sie in den letzten 4 Wochen geimpft worden:

ja nein | wenn ja, welche Impfung?:

Haben Sie eine Medikamentenunverträglichkeit:

ja nein | wenn ja, welche:

Hinweis:

Die Kosten für eine Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen üblicherweise ausgenommen (erkundigen Sie sich bei ihrer KK).

Haben Sie eine Allergie gegen Hühnereiweiß:

ja nein

Hiermit erkläre ich mich zur privaten Kostenübernahme bereit und bestätige über die anfallenden Kosten für meine gewünschte Reisemedizinische Beratung (Beratung, Impfleistung) informiert worden zu sein.

Sind Sie schwanger:

ja nein

Hatten sie schon einmal eine Thrombose:

ja nein

Haben/Hatten Sie eine Epilepsie:

ja nein

_____ Datum

_____ Unterschrift