



Gemeinschaftspraxis
für Kinder und Jugendliche

Dr. med. Christina Kronlage
Yvonne von der Twer

www.meinekinderaerztinnen.de

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 Nervenkrankung:

☐ 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:

Haben Sie eine Allergie gegen Hühnereiweiß:

☐ ja ☐ nein

Sind Sie schwanger:

☐ ja ☐ nein

Hatten sie schon einmal eine Thrombose:

☐ ja ☐ nein

Haben/Hatten Sie eine Epilepsie:

☐ ja ☐ nein

Hinweis:

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

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.

Datum

Unterschrift