



Anmeldeformular / Anamnesebogen Reisemedizin

Angaben zur Person:

Patient (Name, Vorname) Geburtsdatum

Versicherter (Name, Vorname) Geburtsdatum

Reiseziel _____ Zeit _____ 200 _____
(Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. Extrablatt) vom bis

Reisekriterien Hotel Sonnenbaden Safari Trekking Rundreisen Gerätetauchen
 enger Kontakt m. d. Bevölkerung einfache Unterkunft privat dienstlich, sonstiges:

Telefon / Fax / Handy-Nr. *

Alter / Größe / Gewicht

E-Mail*

Beruf*

*freiwillige Angaben

ein Impfausweis liegt mir nicht vor vorhandener Impfschutz laut Impfausweis(en): (pro Kästchen 1 Impftermin, tragen Sie jeweils die letzten Impfungen ein)

	Letzte Impfung	Vorletzte Impfung	Drittletzte Impfung
Tetanus			
Diphtherie			
Hepatitis B			
Hepatitis A			
FSME			
Tollwut			
Japan-Enzephalitis			
HPV			
	Letzte Impfung		Letzte Impfung
Grippe		Masern	
Meningokokken		Pneumokokken	
Typhus		Gelbfieber	
	Letzte Impfung	Vorletzte Impfung	
Polio			
Cholera			



Gesundheitsfragebogen:

Der Fragebogen dient der Risikoabklärung vor einer Auslandsreise. Zu Ihrer eigenen Sicherheit sollten Sie ihn gewissenhaft beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Wenn Sie Fragen zum Ausfüllen haben, wenden Sie sich an unsere Arzthelferinnen oder die Sprechzimmer-Assistenz.

	Ja / Nein		Ja / Nein
1. Aktuelle/chronische Erkrankungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	3. Beschwerden:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
2. ich bin gesund, ich habe keine Beschwerden	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
4. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? <input type="radio"/> Krampfadern <input type="radio"/> Thrombosen (auch in der Familie)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	5. Besteht bei Ihnen ein erhöhter Flüssigkeitsbedarf?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. Rauchen Sie?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	7. Unverträglichkeiten (z.B. Nahrung)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
8. Leiden Sie an Asthma?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	9. Leiden Sie an Diabetes?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
10. Haben Sie ein Prostataleiden?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	11. Hatten / haben Sie ein Leberleiden? <input type="radio"/> Hepatitis A <input type="radio"/> Hepatitis B	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
12. Haben Sie ein Hautleiden? <input type="radio"/> Psoriasis <input type="radio"/> Sonnenbrand/-allergie <input type="radio"/> Lichtreaktionen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	13. Hatten / haben* Sie Tuberkulose (Tbc)? (*Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
15. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="radio"/> Anitkonzeptiva Wenn ja, welche? _____ _____ _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	14. Wurde bei Ihnen ein Tuberkulosestest durchgeführt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		16. Leiden Sie an AIDS? Oder sind Sie HIV positiv?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		17. wurde Ihnen operativ die Milz entfernt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
18. Reagieren Sie überempfindlich auf irgendwelche Substanzen / Arzneien? Wenn ja, auf welche? _____ _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	19. Haben Sie Allergien? <input type="radio"/> Hühnereiweiß <input type="radio"/> Malaria-medikamente <input type="radio"/> Impfstoffe, sonstiges: Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
20. Neigen Sie ggf. zu vaginalen Pilzinfektionen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	21. Hatten Sie Masern?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
22. Leiden Sie an neurologische Erkrankungen? <input type="radio"/> Epilepsie <input type="radio"/> Myasthenie,	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	23. Leiden Sie an einer psychischen Störung? <input type="radio"/> Depression <input type="radio"/> Schizophrenie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>



	Ja / Nein			Ja / Nein	
sonstiges:			sonstiges:		
24. Würden Sie sich als nervös oder stressanfällig bezeichnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. Haben Sie ein Nierenleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Haben Sie Bluterkrankungen? Oder abnorme Blutungsneigung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Benötigen Sie Hilfsmittel? <input type="radio"/> Prothesen <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Krücken, sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29. Besitzen Sie größere Metallimplantate <input type="radio"/> Hüftprothesen <input type="radio"/> Schrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Leiden Sie an Porphyrie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31. Tragen Sie Brillengläser aus Kunststoff?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Besteht bei Ihnen Schwangerschaftswunsch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33. Sind Sie schwanger? (Teilen Sie uns bitte jede Schwangerschaft mit) <input type="radio"/> weiß nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Benötigen Sie Schmerzmittel / Betäubungsmittel (Opiate, Btm)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35. Stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich bitte um eine reisemedizinische Gesundheitberatung Malariaberatung Impfungen, und zwar _____ einen internationalen Impfausweis Beratung zur Zusammenstellung einer Reiseapotheke Übertragung von Vorimpfungen in meinen Ausweis. Ich bitte zusätzlich um kassenärztliche privatärztliche Behandlung wegen:

Ort / Datum /

Unterschrift