



Praxis am Kurpark Bad Langensalza

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen sie diesen Reisemedizinischen Dokumentationsbogen vor Ihrem Beratungstermin aus und bringen sie ihn mit.

Allgemeine Angaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ tätig bei: _____

Reisedaten:

Reiseländer	Ankunft - Datum	Reisebedingungen
	Rückkehr - Datum	

Reisebedingungen:

- 1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking, Camping, Individualreise mit einfacher Unterkunft)
- 2 Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren, Pauschalreise, mittlerer bis hoher Standard
- 3 Aufenthalt ausschließlich in touristischen Zentren/Großstädten, Hotels mit europäischen Standard

Bisherige Erkrankungen und Beschwerden:

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. genauer erläutern.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Badeurlaub | <input type="checkbox"/> Sporturlaub (Sportart) |
| <input type="checkbox"/> Rundreise | <input type="checkbox"/> Trekking-Tour (Höhe) |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsreise | <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen) |

Anamnese:**Ja****Nein**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine andere Allergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen bekannt? | | |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 5. Haben Sie oder Familienmitglieder Nervenleiden/Anfallsleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden/litten Sie an chronischen Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| einer bösartigen Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 8. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 9. Bei Frauen: | | |
| Besteht eine Schwangerschaft oder Kinderwunsch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wenn Sie HIV positiv sind, teilen Sie uns das bitte mit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hinweis

Die Kosten für die reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen sind von den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen. Hiermit bestätige ich über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistung, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient