

## Fragebogen für eine reisemedizinische Beratung

### Personalien:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ & Wohnort	

### Daten zur geplanten Reise:

Abreisedatum	
Rückkehrdatum	
Reisedauer	
Genutztes Verkehrsmittel	<input type="radio"/> PKW <input type="radio"/> Bus <input type="radio"/> Schiff <input type="radio"/> Flugzeug <input type="radio"/> Sonstiges:
Flugdauer (Stop-over?)	
Bereiste Länder (bitte auch genau die Region bzw. Städte und evtl. Transferländer angeben)	
Unterkunft	<input type="radio"/> Camping, Rucksack-/Trekkingtouren  <input type="radio"/> Pauschalreise/Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants gehobener bis europ. Standard  <input type="radio"/> Langzeitaufenthalte länger als 4-6 Wochen  <input type="radio"/> Rundreise
Aktivitäten im Land	<input type="radio"/> Städtereise <input type="radio"/> Strandurlaub <input type="radio"/> Nationalparks/Revervate <input type="radio"/> Kreuzfahrten <input type="radio"/> Dschungeltour <input type="radio"/> Tauchen <input type="radio"/> Bergsteigen <input type="radio"/> andere, und zwar:

**Medizinische Daten:**

Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein, Beschwerden:
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?
Sind bei Ihnen nach einer Impfung allergische Erscheinungen, Unverträglichkeiten oder sonstige schwere Reaktionen aufgetreten?	<input type="radio"/> ja, und zwar: <input type="radio"/> nein
Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche? <input type="radio"/> Diabetes mellitus <input type="radio"/> erhöhter Blutdruck <input type="radio"/> Lungenerkrankung wie Asthma oder COPD <input type="radio"/> chronische Infektionskrankheiten wie Hepatitis    oder HIV <input type="radio"/> Erkrankungen der Leber <input type="radio"/> Krampfadern <input type="radio"/> Thrombose/Embolie <input type="radio"/> Koronare Herzkrankheit <input type="radio"/> Krampfleiden wie Epilepsi <input type="radio"/> Erkrankung der Niere <input type="radio"/> sonstige, und zwar:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?
Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, gegen was?
Besteht aktuell eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="radio"/> nein
Besteht aktuell ein Schwangerschaftswunsch	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie raucher?	<input type="radio"/> ja, täglich ca. _____ Zigaretten <input type="radio"/> nein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten, der Patientin