



## Reisemedizinische Beratung (1/3)

Sie planen eine Reise in ferne Länder? Wir beraten Sie gerne hinsichtlich der erforderlichen Impfungen oder einer notwendigen Medikamenteneinnahme (z.B. Malariaprophylaxe).

Wir weisen Sie jedoch ausdrücklich darauf hin, dass diese ärztliche Leistung nicht durch Ihre gesetzliche Krankenkasse übernommen wird und daher privatärztlich liquidiert werden muss!

Zur bestmöglichen Planung bitten wir Sie nun die folgenden Fragen zu beantworten:

**Name, Vorname:** .....

**Reiseziel:** .....

( bitte geben Sie alle von Ihnen besuchten Orte an. Bei Schiffsreisen  
z.B. bitte alle angesteuerten Häfen und geplanten Landausflüge )

**Dauer des Aufenthaltes in Tagen:** .....

**Termin der Abreise:** .....

- Art der Reise:**
- Geschäftsreise / reine Städtereise
  - Hotelaufenthalt mit hohem Standard
  - Hotelaufenthalt mit niedrigem Standard
  - Camping, Safari
  - Aufenthalt mit intensiven sozialen Kontakten
  - Langzeitreise

- Geplante Aktivitäten:**
- Tauchen
  - Bergsteigen
  - Sonstiges: .....
- .....



## Reisemedizinische Beratung (2/3)

Name, Vorname: .....

| <u>Impfung:</u>            | <u>Datum der letzten Impf.</u> | <u>Impfung erforderlich:</u> |
|----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Kinderlähmung/Polio:       | .....                          | .....                        |
| Tetanus / Wundstarrkrampf: | .....                          | .....                        |
| Keuchhusten /Pertussis:    | .....                          | .....                        |
| Diphtherie:                | .....                          | .....                        |
| Masern/Mumps/Röteln:       | .....                          | .....                        |
| Windpocken/Varizellen:     | .....                          | .....                        |
| Hepatitis A:               | .....                          | .....                        |
| Hepatitis B:               | .....                          | .....                        |
| Meningitis:                | .....                          | .....                        |
| Pneumokokken:              | .....                          | .....                        |
| Influenza / Grippeviren:   | .....                          | .....                        |
| FSME (Zeckenimpfung):      | .....                          | .....                        |
| Typhus:                    | .....                          | .....                        |
| Tollwut:                   | .....                          | .....                        |
| Gelbfieber:                | .....                          | .....                        |
| Japanische Enzephalitis:   | .....                          | .....                        |



## Reisemedizinische Beratung (3/3)

**Name, Vorname:** .....

Zur besseren Planung hinsichtlich eines persönlichen Gesundheitsrisikos hier noch einige Angaben zu bestehenden Erkrankungen oder Medikamenten.

### **Erkrankungen:**

Asthma/ chron. Bronchitis: .....

Herz-Kreislauf-Erkrankung: .....

Diabetes mellitus: .....

Venenerkrankungen: .....

Nierenerkrankung: .....

Weitere wichtige Erkrankungen: .....

Allergien: .....

### **Medikamente:**

Insulin: .....

Blutgerinnungshemmer: .....

Starke Schmerzmittel/ Opiode: .....

Immunsuppressiva: .....

Weitere wichtige Medikamente: .....

Wünschen Sie eine weitere Beratung zu speziellen Fragen?

.....  
.....  
.....  
.....