Zum Verbleib beim Arzt | Apotheke

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Reise-Impfberatung

FAMILIENPRAXIS BUCHHOLZ
Dr. med. Sebastian Fokuhl

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Reisedaten

Reise-Länder	Ankunft			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr:						

Reisebedingungen

1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)

2 Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)

3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Art der Reise

- ☐ Badeurlaub
- ☐ Rundreise
- ☐ Geschäftsreise
- ☐ Sporturlaub (Sportart .....)
- ☐ Trekking-Tour (Höhe .....)
- ☐ Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Anamnese

	ja	nein
1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	☐	☐
2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit?	☐	☐
3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche?	☐	☐
4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	☐	☐
5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt?	☐	☐
6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?	☐	☐
7. Leiden/Litten Sie an einer • chronischen Krankheit? • einer bösartigen Erkrankung?	☐	☐
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	☐	☐
9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche?	☐	☐
10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	☐	☐
11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.		

Wichtiger Hinweis:
Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum Unterschrift des Reisenden

Impfplan/ggf. Malaria-Prophylaxe s. Rückseite ➤

© CRM Centrum für Reisemedizin Düsseldorf · www.crm.de Familienpraxis Buchholz · Neue Straße 13 · 21244 Buchholz · Telefon 04181 / 2018 200