



ärztezentrum lechfeld

Dr. Mollemeyer & Kollegen

Fachärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin

SPORTMEDIZIN • CHIROTHERAPIE • NATURHEILVERFAHREN • REISEMEDIZIN • NOTFALLMEDIZIN
BETRIEBSMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNGEN • HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

AKADEMISCHE LEHRPRAXIS DER UNIVERSITÄT AUGSBURG • GELBFIEBERIMPFSTELLE

Reisemedizinischer Dokumentations-/Fragebogen für die Reise-Impfberatung

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir Sie gut und sinnvoll beraten können benötigen wir von Ihnen vorab die folgenden Informationen:

- Impfausweis
- Reisemedizinischer Fragebogen

Wichtig: Die Beratung sollte spätestens 6 Wochen vor der geplanten Abreise stattfinden damit ihr Immunsystem ausreichend Zeit hat einen guten Schutz aufzubauen.

Grundsätzlich gilt: Es ist nie zu früh um zu Impfen aber manchmal zu spät!

Persönliche Angaben:

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Strasse:
PLZ & Wohnort:	Telefonnummer:
eMail (optional):	Beruf:

Angaben zur geplanten Reise:

Reiseländer:	Datum Ankunft:	Reisebedingungen		
		1	2	3
Datum 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 ☐ Geschäftsreise ☐ Sporturlaub ☐ Rundreise ☐ Trekkingurlaub
☐ Weltreise ☐ Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen) ☐ Schiffsreise

Anamnese

1. Fühlen Sie sich gesund? ☐ ja ☐ nein
2. Sind Sie Raucher? ☐ ja ☐ nein
3. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit? ☐ ja ☐ nein
4. Besteht eine andere Allergie oder Unverträglichkeit? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
5. Sind Sie in den letzten vier Wochen eine Impfung erhalten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
6. Gab es Komplikationen bei früheren Impfungen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
7. Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
8. Haben / hatten Sie oder Familienmitglieder
Nervenkrankheiten oder Anfallsleiden? ☐ ja ☐ nein
9. Hatten Sie oder ein Familienmitglied schon einmal
eine Thrombose? ☐ ja ☐ nein
10. Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, an welcher? _____
11. Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
13. Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? ☐ ja ☐ nein
14. Könnte eine HIV-Infektion vorliegen? ☐ ja ☐ nein

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen! Viele Kassen übernehmen inzwischen einen Teil der Kosten, klären Sie dies bitte vorab selbstständig ab. Die Bezahlung unserer erbrachten Leistungen erfolgt direkt am Tag der Leistung und kann entweder bar oder mit EC Karte beglichen werden.

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

Bitte dieses Formular ausgefüllt zurücksenden an reisemedizin@aerztezentrum-lechfeld.de