

Persönliche Daten

Vorname	Nachname		
Adresse			
Geburtsdatum			
Telefon	Mobil		
e-mail			
Größe	cm	Gewicht	kg

Reisedaten

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

Reisebedingungen

- Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels, Campingurlaub)
- 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)
- Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Art der Reise

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

Anamnese:

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient