

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Reise-Impfberatung

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Straße: _____
 Tel.: _____
 Beruf: _____
 Krankenkasse: _____
 Hausarzt: _____

Dr. med. R.-A. Scheffel
 FA für Allgemeinmedizin
 Chirotherapie, Sportmedizin, Badearzt

Reisemedizinische Beratung Gelbfieberimpfstelle

Lindenstr. 6
 08645 Bad Elster
 Tel 037437 3358
 dr-scheffel-reisemedizin@web.de

Reisedaten				Reisebedingungen		
Reise-Länder	Ankunft			Reisebedingungen		
	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
 Rundreise
 Geschäftsreise
 Sporturlaub (Sportart.....)
 Trekking-Tour (Höhe.....)
 Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Anamnese

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zurzeit gesund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühneriweiß-allergie/-unverträglichkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/ Blutabnahmen 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? (z.B. Asthma, Bluthochdruck, Diabetes, Herzkreislauf-erkrankung, Myasthenia gravis, Thymuserkrankung, Colitis ulcerosa) - einer bösartige Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein bzw. erhalten Sie Injektionen? Wenn ja welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte bringen Sie unbedingt zum Beratungstermin Ihren Impfausweis und Ihre Gesundheitskarte/Chipkarte mit!

10. Bei Frauen:
- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Besteht eine Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - oder ist eine geplant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Stillen Sie derzeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das dann bitte unbedingt im persönlichen Gespräche mit.

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für die reisemedizinische Beratung 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 Beratung-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum

Unterschrift der Reisenden