

Reisemedizinischer- Fragebogen

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

dieser Fragebogen soll Sie dabei unterstützen, die für Ihre reisemedizinische Beratung wichtigen Informationen zusammenzutragen und zu ordnen. Diese Informationen bilden die Grundlage für die Erstellung Ihres persönlichen reisemedizinischen Gesundheits- und Impfprofils.

Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus und reichen Sie ihn uns zusammen mit Ihren Impfunterlagen ein.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/ Stadt: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Tel. (privat): _____ Tel. (geschäftlich): _____

Frühere Infektionskrankheiten:

Masern, Röteln, Hepatitis A, Hepatitis B

Vorerkrankungen/ Chronische Erkrankungen:

Bluthochdruck	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Herzmuskelschwäche	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Rheuma	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Informationen zu Ihrer Reise:

• Um was für eine Reise handelt es sich:

- Berufliche Reise,
- Studien-/ Forschungsaufenthalt
- Private Reise, Sonstige Reise

• Wie reisen Sie:

- alleine
- mit mehreren Personen
- mit einer organisierten Gruppe

• Wann und wohin reisen Sie?

Bitte geben Sie auch Transferländer (z.B. bei Flugreisen) und Zwischenstationen (z.B. bei Kreuzfahrten) an.

Bitte möglichst genaue Angaben gemäß Ihrer feststehenden Reiseplanung:

Reiseziele Abreisedatum Rückreisedatum Aufenthaltsdauer

(Stadt, Land, Kontinent)

Mit welchen Verkehrsmitteln reisen Sie?:

- PKW
- Schiff
- Flugzeug (Flugdauer: ____ Std.)
- Bus,
- (besteht Reiseübelkeit?)
- Sonstige

Allgemeinmedizin Rheinböllen

Michael Tomschi
Facharzt Allgemeinmedizin
Facharzt Anästhesiologie
Doctor in Mountain Medicine
Luftfahrtmedizinischer Gutachter Klasse 2
Notfallmedizin

Wie reisen Sie? Welcher Reisetyp?

- Reisetyp 1: Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Individual- oder Rucksackreise in das Landesinnere, Radtour, vorhersehbarer Kontakt zu örtlicher Bevölkerung, Tätigkeit in der Entwicklungshilfe, Erziehungs- und Gesundheitswesen, Land- und Forstwirtschaft..
- Reisetyp 2: Aufenthalt überwiegend in Städten, organisierte Reisen in das Landesinnere.
- Reisetyp 3: Aufenthalt überwiegend in touristischen Zentren, Großstädten, Flughäfen, höherklassige Hotels und klimatisierten Räumen

Welche Aktivitäten planen Sie:

- Tauchen
- Bergsteigen, Höhengestalten > 2500m über NN
- Sportliche Aktivitäten (Triathlon, Surfen, Ski etc.)
- Safaris, Aufenthalte in Naturschutzgebieten
- Geplanter Aufenthalt in Gemeinschaften, Schulen, Jugendherbergen etc.
- Tätigkeiten in der Land- und Forstwirtschaft
- Tätigkeit in Entwicklungshilfe.

Impfplan

Allgemeinmedizin Rheinböllen

Michael Tomschi
 Facharzt Allgemeinmedizin
 Facharzt Anästhesiologie
 Doctor in Mountain Medicine
 Luftfahrtmedizinischer Gutachter Klasse 2
 Notfallmedizin

Für die Reise nach: _____

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Für die Reise vorgeschrieben	Impfung gegen	Grund-immunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche Impfungen	Impfplan			
		ja	nein		1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
					Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A+B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Typhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Tollwut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Meningokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Jap. Enzephalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Amerkungen: _____

<input type="checkbox"/>	Malaria-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Expositionsprophylaxe	<input type="checkbox"/> Chemoprophylaxe mit _____	<input type="checkbox"/> Standby-Medikation _____
--------------------------	--------------------	--	--	---