Ärztehaus Kastanienallee / Lungenpraxis Strausberg

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Name: _____ Vorname: _____

PLZ / Ort: _____ _____

Straße: _____ Nr.: _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: M ◯ W ◯ D ◯

	Ankunft			***		
Reiseländer	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr						

***Reisebedingungen: (1) Aufenthalt im Landesinnern unter einfachen Bedingungen (Rucksack / Trekking- oder 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

☐ Sporturlaub, Sportart: _____ ☐ Trekking-Tour, Höhe: _____

☐ Badeurlaub ☐ Rundreise ☐ Schiffsreise ☐ Geschäftsreise ☐ Langzeitaufenthalt (> 6 Wo)

Sonstige Angaben

☐ Kinder reisen mit ☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Bluthochdruck ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Anamnese	**JA**	**NEIN**		**JA**	**NEIN**
Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	◯	◯	Leiden/litten Sie an einer chronischen Krankheit?	◯	◯
Besteht eine Hühnereiweißallergie?	◯	◯	Leiden/litten Sie an einer bösartigen Erkrankung?	◯	◯
Besteht eine andere Allergie?	◯	◯	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	◯	◯
Wenn ja, welche? _____			*Welche?* _____		
Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	◯	◯	Impfungen in den letzten 4 Wochen?	◯	◯
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	◯	◯	*Welche?* _____		
Sind Schwächezustände bei Injektionen oder Blutentnahmen bekannt?	◯	◯	Haben Sie Nervenkrankheiten oder Anfallsleiden?	◯	◯

Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, über die im Rahmen der gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten informiert worden zu sein und erklären sich zur privaten Kostenübernahme bereit.

_____

Datum, Unterschrift