



## Reisemedizinbogen

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
Straße, HNr \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Geschlecht  männlich  weiblich  divers Geb.-Dat. \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

### Allgemeine Vorgeschichte

Reiseziel \_\_\_\_\_

Reiseroute \_\_\_\_\_

Reisezeit \_\_\_\_\_

Reiseart  Hotel  Sonnenbaden  Safari  Trekking  Rundreise  Gerätetauchen  Sporturlaub

enger Kontakt zu Bevölkerung (z.B. i.R. Hilfsprojekt)  einfache Unterkunft  privat  dienstlich

Andere \_\_\_\_\_

Komplette Reisemedizinische Beratung gewünscht?

Ja  Nein

lediglich Impfberatung gewünscht?

Ja  Nein

lediglich Malariaberatung gewünscht?

Ja  Nein

lediglich Ausstellung internationaler Impfausweis gewünscht?

Ja  Nein

Hatten Sie Kinderkrankheiten / welche? \_\_\_\_\_

Operationen? \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen? \_\_\_\_\_

Bluthochdruck

Gelenk-Rheuma

Blutzuckerkrankheit

Tuberkulose

Tumorerkrankung

Leberentzündung

Hepatitis A

Hepatitis B

Nierenerkrankung

Fettstoffwechselstörung

Herzkrankheit

Asthma / chronische Bronchitis

Masern

Denguefieber

Gicht

Anfallsleiden

Psoriasis

Sonnenallergie

Andere \_\_\_\_\_

Bei Patientinnen:

Schwangerschaft(en)

Stillzeit

Antibabypille

Schwangerschaftswunsch

Allergien gegen?

Penicillin

Chloroquin

Nahrungsmittel\* (welche?) \_\_\_\_\_

Doxycyclin

Lariam/Mefloquin

Vorherige Impfreaktionen? (welche?) \_\_\_\_\_

Hühnererweis

Paludrine

Aspirin/Acetylsalicylsäure

Malarone

Aktuelle Medikation \_\_\_\_\_

Impfausweis vorhanden?

Ja (Bitte vorlegen)  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift