

# Reisemedizinischer Fragebogen Praxis Dres. med. Heyn

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Reiseländer	Region	Datum (von – bis)	Reisebedingungen

## Reisebedingungen

- 1** Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack/Trekking oder Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren, Camping-Urlaub)
- 2** Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise (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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sporturlaub                              | <input type="checkbox"/> Trekking-Tour (Höhe) | <input type="checkbox"/> Geschäftsreise |
| <input type="checkbox"/> Badeurlaub                               | <input type="checkbox"/> Rundreise            | <input type="checkbox"/> Schiffsreise   |
| <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen) |   |   |

## Anamnese

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Fühlen Sie sich zurzeit gesund?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine Hühnereiweißallergie?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestehen andere Allergien? Welche? _____                           |                          |                          |
| Impfungen in den letzten 4 Wochen?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____   |                          |                          |

## Kosten

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen sind von der Leistungspflicht der 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.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift oder Ausweisnummer des Reisenden, bei Kindern gesetzlicher Vertreter)