Hausarztpraxis Rheidt
Dr. med. A. Ahrens und O. Maring
Frankenstraße 10 -12
53859 Niederkassel

Reiseimpfberatung Fragebogen

Name:-_____ Vorname: _____...Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Handy/ Tel.: _____. E-Mail: _____

Reisedaten

Land	Reisedaten von - bis	Art Pauschal/ Einfach
1		
2		
3		
4		

P= Pauschalreise: Reisen nach westlichem Standard, Überwiegend in Touristikzentren, Großstädten, Essen in gehobenen Lokalen oder im Hotel

E=Einfacher Reisestil: Aufenthalt im Landesinneren, Rucksack, Trekking, Indiv. Reise, Unterbringung in einfachen Quartieren/Hotels, Camping

Hin- und Rückreise (Flug-Schiff-Auto):

_____

_____

Unterbringung (Hotel-Herberge-Camping):

_____

_____

Unternehmungen (Wandern-Trekking):

_____

_____

Halten Sie sich vorwiegend in großen Städten und Hotels auf?	Ja / Nein
Beabsichtigen Sie organisierte Touren ins Landesinnere?	Ja / Nein
Beabsichtigen Sie Touren unter einfachen Bedingungen ins Landesinnere?	Ja/ Nein
Werden Sie enge Kontakte zur einheimischen Bevölkerung haben?	Ja / Nein
Sind Sie schwanger (wenn ja, welche Schwangerschaftswoche)?	Ja / Nein
Sind anlässlich von Injektionen/Blutentnahmen Schwächezustände bekannt?	Ja / Nein
Besteht oder bestand bei Ihnen ein Thromboserisiko?	Ja / Nein

Hausarztpraxis Rheidt
Dr. med. A. Ahrens und O. Maring
Frankenstraße 10 -12
53859 Niederkassel

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen oder Krampfanfällen? Ja / Nein

Leiden Sie unter einer Immunerkrankung, nehmen Kortison oder Chemotherapie? Ja / Nein

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung (Diabetes/Herz/Lunge/andere)? Ja
Folgende: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein

Ja, Folgende: _____

Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Nein
Ja, Folgende: _____

Sind Allergien bekannt, z.B. Hühnereiweiß, Antibiotika, Malariamittel, Impfungen? Nein

Ja, Folgende: _____

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit:

Niederkassel, den _____, Unterschrift _____