



Anmeldung zur Reisemedizinischen Beratung:

Bitte **unbedingt** ausfüllen und, wenn möglich, bitte mindestens **3 Tage** vor ihrem Beratungstermin abgeben.

Name: _____ Vorname: _____

Alter: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Reiseziel/-route: _____

(bei Rundreise bitte *detaillierte Orts- und Zeitangaben*, ggf. Extrablatt verwenden)

Reisezeit: vom: _____ bis: _____

Reisekriterien: Hotel Sonnenbaden Safari Trekking Rundreise Gerätetauchen
 enger Kontakt mit der Bevölkerung einfache Unterkunft privat dienstlich
 sonstiges: _____

Frühere Erkrankungen: Masern Hepatitis A Hepatitis B

Allergien/Unverträglichkeiten: nein ja Hühnereiweiß Impfstoffe Malaria-
medikamente

Aktuelle Krankheiten: ich bin gesund, keine Beschwerden ich habe folgende
Beschwerden _____

Chronische Erkrankungen:

nein ja _____
 Diabetes mellitus Porphyrrie oder andere Stoffwechselerkrankungen Nierenschaden
Leberschaden psychische Störungen Epilepsie Nervenkrankheiten Myasthenie
Psoriasis Sonnenallergie/schnell Sonnenbrand /Lichtreaktionen Krampfadern/Throm-
bosen (auch in der Familie) Schwangerschaft Stillen aktueller Kinderwunsch
Verhütungsmittel (Pille) Neigung zu Scheidenpilzinfektionen Brillengläser aus Kunststoff

Einnahme von Medikamenten: keine ich nehme: _____

Impfungen: Impfausweis nicht vorhanden Impfausweis vorhanden (bitte zum Beratungstermin *unbedingt* mitbringen!!)

Bitte tragen Sie ihre letzten Impfungen hier ein:

	letzte Impfung	vorletzte Impfung	drittletzte Impfung
Tetanus			
Diphtherie			
Polio			
Grippe			
Masern			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Typhus			
Cholera			
Tollwut			
Gelbfieber			
Meningokokken			
Pneumokokken			
FSME			
Japan-Enzephalitis			

Sollten die Angaben in ihrem Impfausweis unleserlich oder nicht verständlich sein, so legen Sie ihn uns bitte mit ihrem Anmeldeformular zusammen (im Original oder Kopie) vor.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen an uns.

Ihr Praxisteam