



# Reisemedizinischer Fragebogen

Hausarztpraxis Schwabenheim  
Dr. med. Matthias Mohr & Dr. med Kerstin Lantzsch  
Marktplatz 3a, 55270 Schwabenheim  
Tel 06130 210  
praxis-dr-mohr.de

## Persönliche Daten

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### Reisedaten

Reise-Länder	Ankunft			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr:						

### Art der Reise

Badeurlaub       Sporturlaub (Sportart \_\_\_\_\_ )

Rundreise       Trekking-Tour (Höhe \_\_\_\_\_ )

Geschäftsreise       Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

### Reisebedingungen

- Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels, Campingurlaub)
- 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)
- Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

### Anamnese:

	ja	nein		ja	nein
1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind anlässlich von Injektionen/Blut- abnahmen Schwächezustände bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Leiden/Litten Sie an einer · chronischen Krankheit? · einer bösartigen Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Wichtiger Hinweis:**  
Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!

Ort, Datum

Unterschrift Patient