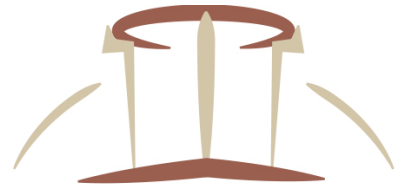


Fachärzte für Allgemeinmedizin • Sportmedizin
 Akupunktur • Manuelle Therapie
 Gemeindeplatz 2 • 89077 Ulm
 0731 383044 • info@hausaeerzte-klosterhof.de



Hausärzte am Klosterhof
 Praxis E. Waldner/Dr. med. M. Ruoff

REISEMEDIZINISCHER DOKUMENTATIONSBOGEN (REISE-IMPFBERATUNG)
(BITTE GUT LESERLICH AUSFÜLLEN)

für Patient/-in

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum ____ . ____ . ____

REISEDATEN

| REISEBEDINGUNGEN | REISELÄNDER | ANKUNFT (DATUM) | | | REISEBEDINGUNGEN | | |
|---|-------------|-----------------|-------|------|------------------|---|---|
| | | TAG | MONAT | JAHR | 1 | 2 | 3 |
| 1 AUFENTHALT IM LANDESINNEREN UNTER EINFACHEN BEDINGUNGEN (RUCKSACK, TREKKING, INDIVIDUALREISE MIT UNTERKUNFT IN EINFACHEN QUARTIEREN/HOTELS; CAMPINGURLAUB) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 2 AUFENTHALT IN STÄDTEN ODER TOURISTISCHEN ZENTREN MIT ORG. AUSFLÜGEN INS LANDESINNERE BZW. ORG. RUNDREISE DURCH DAS LANDESINNERE (PAUSCHALREISE, UNTERKUNFT IN HOTELS MITTLEREN BIS GEHOBENEN STANDARDS) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 3 AUFENTHALT AUSSCHLISSLICH IN GROSSSTÄDTEN UND TOURISTIKZENTREN (UNTERKUNFT IN HOTELS GEHOBENEN BZW. EUROPÄISCHEN STANDARDS) | | | | | | | |
| | RÜCKKEHR | | | | | | |

ART DER REISE

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN:

| | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | BADEURLAUB | <input type="checkbox"/> | SPORTURLAUB (SPORTART |
| <input type="checkbox"/> | RUNDREISE | <input type="checkbox"/> | TREKKING-TOUR (HÖHE BIS |
| <input type="checkbox"/> | GESCHÄFTSREISE | <input type="checkbox"/> | LANGZEITAUFENTHALT (LÄNGER ALS 3 MONATE) |

ANAMNESE

| | | JA | NEIN |
|-------|--|----|------|
| 1. | FÜHLEN SIE SICH ZURZEIT GESUND? | | |
| 2. | BESTEHT EINE HÜHNEREIWEISSALLERGIE/-UNVERTRÄGLICHKEIT? | | |
| 3. | BESTEHT EINE ANDERE ALLERGIE? WENN JA, WELCHE? | | |
| Zu 3. | | | |
| 4. | SIND UNVERTRÄGLICHKEITEN GEGEN IMPFUNGEN ODER MEDIKAMENTE BEKANNT? | | |
| 5. | SIND ANLÄSSLICH VON INJEKTIONEN/BLUTABNAHMEN SCHWÄCHEZUSTÄNDE BEKANNT? | | |
| 6. | HABEN/HATTEN SIE ODER FAMILIENMITGLIEDER NERVENKRANKHEITEN ODER EIN ANFALLSLEIDEN? | | |
| 7. | LEIDEN/LITTEN SIE AN EINER CHRONISCHEN KRANKHEIT ODER BÖSARTIGEN ERKRANKUNG? | | |
| 8. | NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? WENN JA, WELCHE? | | |
| Zu 8. | | | |
| 9. | WURDEN IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN IMPFUNGEN BEI IHNEN DURCHGEFÜHRT? WENN JA, WELCHE (INSBESONDERE LEBENDIMPFUNGEN WIE MASERN/MUMPS/RÖTELN ODER GELBFIEBER)? | | |
| Zu 9. | | | |
| 10. | BEI FRAUEN: BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT ODER IST EINE GEPLANT? | | |
| 11. | WENN SIE HIV-POSITIV SIND, TEILEN SIE UNS DAS BITTE UNBEDINGT MIT. | | |

WICHTIGER HINWEIS:

DIE **KOSTEN** FÜR REISEMEDIZINISCHE BERATUNGEN UND REISEIMPFUNGEN SIND VON DER LEISTUNGSPFLICHT DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN **AUSGENOMMEN!**

HIERMIT BESTÄTIGE ICH, ÜBER DIE IM RAHMEN DER VON MIR GEWÜNSCHTEN REISEMEDIZINISCHEN BERATUNG ENTSTEHENDEN KOSTEN (FÜR BERATUNG CA. 10-40€ JE NACH ZEITAUFWAND, JE IMPFLEISTUNG CA. 20-25€ ZUSÄTZLICH DER KOSTEN FÜR IMPFSTOFFE) INFORMIERT WORDEN ZU SEIN UND ERKLÄRE MICH ZUR PRIVATEN KOSTENÜBERNAHME BEREIT.

Ulm, den ____ . ____ . ____

PATIENTENUNTERSCHRIFT