



Persönliche Daten:

Vorname, Name:	Straße, Haus Nr.:
Geburtsdatum:	PLZ, Ort:
Geburtsort	Nationalität
Telefon	Email
Krankenkasse	Optional Reisepassnummer
Reisen Sie <input type="checkbox"/> beruflich oder <input type="checkbox"/> privat?	Reiseziel
Reisezeitraum	Arbeitgeber
Woher kennen Sie unsere Praxis?	
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte/Familie
<input type="checkbox"/> Reisebüro _____	<input type="checkbox"/> Hausarzt _____
	<input type="checkbox"/> andere: _____

Reiseplanung:

Datum	Dauer	Ort/Region	Art der Unterkunft

Reisestil:

<input type="checkbox"/> Strandurlaub	<input type="checkbox"/> vorwiegend größere Städte	<input type="checkbox"/> Rucksack	<input type="checkbox"/> Baustelle
<input type="checkbox"/> Geschäftsreise	<input type="checkbox"/> Tauchurlaub	<input type="checkbox"/> Höhengaufenthalt	<input type="checkbox"/> andere:

Fragen zum Gesundheitszustand:

Fragen	Ja	Nein	Bemerkungen
Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Besteht eine Hühnerereiweißallergie/- unverträglichkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Besteht eine andere Allergie (vor allem gegen Impfstoffe und Medikamente)? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind Sie anlässlich von Injektionen/ Blutabnahmen schon mal „umgekippt“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nehmen oder haben Sie in den letzten 3 Monaten Medikamente eingenommen, die die Immunabwehr unterdrücken oder die Gerinnung beeinflussen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ist bei Ihnen in den nächsten 2 Wochen eine Operation geplant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie schon einmal eine Fernreise gemacht, waren Sie bereits in den Tropen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben oder hatten Sie gesundheitliche Probleme auf (langen) Flügen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (Dauermedikation)? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Was ist sonst noch wichtig?			

Datum, Unterschrift