Reise- und Tropenmedizinische Beratung

DR. MED. TIL BERGER
ZENTRUM FÜR REISE- UND BETRIEBSMEDIZIN

Persönliche Daten:

Vorname, Name:	Straße, Haus Nr.:
Geburtsdatum:	PLZ, Ort:
Geburtsort	Nationalität
Telefon	Email

Krankenkasse	Optional Reisepassnummer
Reisen Sie ☐ beruflich oder ☐ privat?	Reiseziel
Reisezeitraum	Arbeitgeber

Woher kennen Sie unsere Praxis?

☐ Internet ☐ Freunde/Bekannte/Familie ☐ Hausarzt _____

☐ Reisebüro _____ ☐ andere: _____

Reiseplanung:

Datum	Dauer	Ort/Region	Art der Unterkunft

Reisestil:

O Strandurlaub	O vorwiegend größere Städte	O Rucksack	O Baustelle
O Geschäftsreise	O Tauchurlaub	O Höhenaufenthalt	O andere:

Fragen zum Gesundheitszustand:

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

_____

Datum, Unterschrift