



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

- 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 (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)
- 3 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/Blutabnahmen 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