



## Merkblatt Reisemedizinische Beratung

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

Wenn Sie eine Reise planen, kommen Sie frühzeitig in die Praxis, um ihren Impfschutz planen zu können. Damit wir genügend Zeit für das Gespräch einplanen können, bitten wir Sie, einen Termin zu vereinbaren.

Bitte reichen Sie uns im Vorfeld des Termins diesen Fragebogen sowie eine Kopie ihres Impfausweises ein, damit wir Sie bestmöglich beraten können.

Reisemedizinische Beratungen und Impfungen gehören leider nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und müssen selbst getragen werden. Viele Krankenkassen erstatten jedoch die Kosten, wenn Sie die Rechnung sowohl für die Medikamente als auch für die Impfungen und Beratung anschließend einreichen.

**Vorname**

**Nachname**

**Alter**

**Geschlecht m/w/d**

**Beruf**

### Reisedaten:

Reiseziel	Abreisedatum und Reisedauer	Kategorie der Reise (1-3 )*

### \* Kategorie der Reise:

Kategorie 1: Aufenthalt ausschließlich in Großstädten oder Touristikzentren (Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants gehobenen bzw. europäischen Standards).

Kategorie 2: Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants mittleren bis gehobenen Standards).



Kategorie 3: Reise durch das Landesinnere unter einfachen Bedingungen (Rucksack-/Trecking- /Individualreise) mit einfachen Quartieren/Hotels; Camping-Reisen, Langzeitaufenthalte, praktische Tätigkeit im Gesundheits- o. Sozialwesen, enger Kontakt zur einheimischen Bevölkerung wahrscheinlich.

**Um was für eine Reise handelt es sich?**

- Berufliche Reise: Hintergrund \_\_\_\_\_
- Urlaub, Familienbesuch, Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Name:**

**Geplante Aktivitäten?**

- Tauchen
- Bergsteigen, Höhenaufenthalte über 2500m über NN
- Höhlenbesichtigungen
- sportliche Aktivitäten: \_\_\_\_\_
- Safari, Aufenthalte in Naturreservaten
- Aufenthalt in Gemeinschaften, Schulen, Jugendherbergen, Kinderheimen
- Tätigkeit im Gesundheitswesen
- Tätigkeit in Land- und Forstwirtschaft
- Tätigkeit in Entwicklungshilfe

**Anamnese:**

**Allergien:      Nein / Ja**

wenn ja,  
welche? \_\_\_\_\_

besteht eine Hühnereiweißallergie? Nein / Ja

**Besteht eine bekannte Medikamentenunverträglichkeit? Nein / Ja**

Wenn ja, welche  
\_\_\_\_\_

**Chronische Grunderkrankungen**

\_\_\_\_\_



**Hausarztzentrum**  
Bornheim

**Akute Erkrankungen**

---

—

**aktuelle Medikamenteneinnahme**                      **Nein / Ja**  
wenn ja, welche und in welcher Dosierung

---

—

**Besteht eine Schwangerschaft?**            **Nein / Ja / Geplant (nächsten 3 Monate)**

Sollte bei Ihnen eine HIV-Erkrankung bekannt sein, teilen Sie uns dies bitte mit.