

Dr. med. Reinhardt Mück
Facharzt für Innere Medizin
Gelbfieberimpfstelle
Reisemedizin
Verkehrsmedizin

50169 Kerpen
Hauptstraße 207-209
Tel: 02273-93210
Fax: 02273-932130
Steuer Nr: 03/5217/0908
Email: info@reisemedizincheck.de
www.reisemedizincheck.de

Vorabfragebogen zur Reisemedizinischen Beratung

Reisen ist interessant, bildet und baut Vorurteile ab. Doch die Reisefreuden sollten nicht durch unverhoffte gesundheitliche Probleme gemindert werden. Deshalb ist eine medizinische Beratung, gerade vor Reisen in tropische Gefilde unerlässlich. Wir helfen Ihnen gerne mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln und beraten Sie individuell. Vorab benötigen wir jedoch einige Informationen. Sollten Sie sich bei der Beantwortung der einen oder anderen Frage unsicher sein, helfen wir Ihnen gerne.

Name, Vorname:.....	Geburtsdatum:.....
Strasse, Nr.:.....	PLZ / Wohnort:...../.....
Tel.:	Fax:
Email:.....	@.....

Wann soll die Reise losgehen?

Welche Länder möchten Sie bereisen? Wenn Sie mehrere Länder bereisen, geben Sie bitte an, wann Sie in dem jeweiligen Land ankommen und wie lange Sie bleiben möchten. Gerne können Sie auch einzelne Regionen benennen.

1. Land	Einreise	Aufenthaltsdauer
2. Land	Einreise	Aufenthaltsdauer
3. Land	Einreise	Aufenthaltsdauer
4. Land	Einreise	Aufenthaltsdauer

Wie reisen Sie?

<input type="checkbox"/> Badeurlaub	<input type="checkbox"/> Hotelurlaub	<input type="checkbox"/> Trekkingreise	<input type="checkbox"/> Geschäftsreise	<input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt
Halten Sie sich vorwiegend in großen Städten und Hotels auf?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beabsichtigen Sie organisierte Touren ins Landesinnere?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beabsichtigen Sie Touren unter einfachen Bedingungen ins Landesinnere				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden Sie enge Kontakte zur einheimischen Bevölkerung haben, oder sind diese nicht auszuschließen?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Leiden Sie unter Krankheiten oder Allergien?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt zum Beispiel gegen Hühnereiweiß, Antibiotika, Malariamittel oder andere Stoffe? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen oder Krampfanfällen? ja nein

Leiden Sie unter einer Immunerkrankung oder nehmen Sie Kortisonpräparate oder Chemotherapeutika? ja nein

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

Diabetes mellitus ja nein

Herzleiden ja nein

Lungenleiden ja nein

Besteht oder bestand bei Ihnen ein Thrombosierisiko? ja nein

Leiden Sie an anderen, hier nicht genannten chronischen Krankheiten? ja nein

Wenn ja, unter welchen?

.....

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?

.....

Impfungen

Sind Sie bereits gegen eine der folgenden Infektionskrankheiten geimpft worden und wurde das im Impfbuch dokumentiert?

Tetanus (Wundkrampf):

Diphtherie:

Poliomyelitis

Hepatitis B:

Typhus (zur Injektion):

Typhus (Schluckimpfung):

Gelbfieber:

Tollwut:

Meningitis:

FSME:

Masern:

Cholera:

Traten nach früheren Impfungen Komplikationen auf? ja nein
Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Bestehen noch Fragen oder Hinweise Ihrerseits?

.....
.....
.....

_____ Datum _____
Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Hilfe. Aufgrund Ihrer Angaben kann eine gezielte Beratung erfolgen. Wir richten uns übrigens nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft und der deutschen Gesundheitsbehörde in Berlin, dem Robert-Koch-Institut.