



## Anmeldung zur Reisemedizinischen Beratung:

Bitte **unbedingt** ausfüllen und, wenn möglich, bitte mindestens **3 Tage** vor ihrem Beratungstermin abgeben.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Reiseziel/-route: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(bei Rundreise bitte *detaillierte Orts- und Zeitangaben*, ggf. Extrablatt verwenden)

Reisezeit: vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Reisekriterien:  Hotel  Sonnenbaden  Safari  Trekking  Rundreise  Gerätetauchen  
 enger Kontakt mit der Bevölkerung  einfache Unterkunft  privat  dienstlich  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Frühere Erkrankungen:  Masern  Hepatitis A  Hepatitis B

Allergien/Unverträglichkeiten:  nein  ja  Hühnereiweiß  Impfstoffe  Malaria-  
medikamente

Aktuelle Krankheiten:  ich bin gesund, keine Beschwerden  ich habe folgende  
Beschwerden \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen:

nein  ja \_\_\_\_\_  
 Diabetes mellitus  Porphyrie oder andere Stoffwechselerkrankungen  Nierenschaden   
Leberschaden  psychische Störungen  Epilepsie  Nervenkrankheiten  Myasthenie   
Psoriasis  Sonnenallergie/schnell Sonnenbrand /Lichtreaktionen  Krampfadern/Throm-  
bosen (auch in der Familie)  Schwangerschaft  Stillen  aktueller Kinderwunsch   
Verhütungsmittel (Pille)  Neigung zu Scheidenpilzinfektionen  Brillengläser aus Kunststoff

Einnahme von Medikamenten:  keine  ich nehme: \_\_\_\_\_

**Impfungen:**  Impfausweis nicht vorhanden  Impfausweis vorhanden (bitte zum Beratungstermin *unbedingt* mitbringen!!)

**Bitte tragen Sie ihre letzten Impfungen hier ein:**

|                    | letzte Impfung | vorletzte Impfung | drittletzte Impfung |
|--------------------|----------------|-------------------|---------------------|
| Tetanus            |                |                   |                     |
| Diphtherie         |                |                   |                     |
| Polio              |                |                   |                     |
| Grippe             |                |                   |                     |
| Masern             |                |                   |                     |
| Hepatitis A        |                |                   |                     |
| Hepatitis B        |                |                   |                     |
| Typhus             |                |                   |                     |
| Cholera            |                |                   |                     |
| Tollwut            |                |                   |                     |
| Gelbfieber         |                |                   |                     |
| Meningokokken      |                |                   |                     |
| Pneumokokken       |                |                   |                     |
| FSME               |                |                   |                     |
| Japan-Enzephalitis |                |                   |                     |

Sollten die Angaben in ihrem Impfausweis unleserlich oder nicht verständlich sein, so legen Sie ihn uns bitte mit ihrem Anmeldeformular zusammen (im Original oder Kopie) vor.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen an uns.

Ihr Praxisteam