



Dr. med. **Johannes Orth**  
Dr. med. **Andreas von Negelein**

**Clemens Freund**  
**M. Akif Devrim**

Hauptstraße 15  
Tel. 02247 918484 Fax 02247 918443

Hauptstraße 11  
Tel. 02247 3568 Fax 02247 918443

## Eingangsfragebogen zur reisemedizinischen Beratung

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

dieser Fragebogen soll Sie dabei unterstützen, die für Ihre reisemedizinische Beratung wichtigen Informationen zusammenzutragen und eventuellen Krankheiten vorzubeugen. Sie ermöglicht eine Planung von individuell abgestimmten vorbeugenden Maßnahmen (Malariaprophylaxe, verpflichtende und anzurathende Impfungen, Verhaltensregeln während der Reise; sport-, tauch- und höhenmedizinische Vorbereitung, etc.). Bis auf die Gelbfieberimpfung führen wir alle Impfungen durch.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen, Ihren Medikamentenplan und Ihr Impfbuch zur Beratung mit. Da die gesetzlichen Krankenkassen diese reisemedizinische Beratung nicht übernehmen, rechnen wir privatärztlich nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab.

### Ihre Persönlichen Daten

Vorname und Nachname

Geburtsdatum:

### Angaben zu Ihrer Gesundheit

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente (z.B. Malariamedikamente, Antibiotika) oder gegen Impfstoffe?

Ja

Nein

Wenn ja, gegen welche?

Leiden Sie unter Allergien oder sonstigen Unverträglichkeiten (z.B. gegen Hühnereiweiß)?

Gab es in Ihrer Vergangenheit Zwischenfälle oder Unverträglichkeiten nach Impfungen?

Ja

Nein

Wenn ja, bei welchen Impfungen?

## Informationen zu Ihrer Reise

Handelt es sich um eine berufliche oder private Reise?

Wann und wohin reisen Sie? Bitte geben Sie auch Transferländer (z.B. bei Flugreisen) und Zwischenstationen (z.B. bei Kreuzfahrten) an.

Bitte füllen Sie die folgende Tabelle möglichst vollständig gemäß Ihrer bisher feststehenden Reiseplanung aus.

Reiseziele (Stadt, Land, Kontinent)	Abreisedatum	Rückreisedatum	Aufenthaltsdauer

### Mit welchen Verkehrsmitteln reisen Sie?

Flugzeug, bitte Flugdauer angeben:

Falls Schifffahrt: Neigen Sie zu Reiseübelkeit?	Ja	Nein
---	----	------

Wie reisen Sie? Welchem Reisetyp würden Sie Ihre Reise am ehesten zuordnen:

Reisetyp I: Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Individual- oder Rucksackreise in das Landesinnere.	Ja
Reisetyp II: Aufenthalt überwiegend in Städten, organisierte Reisen ins das Landesinnere.	Ja
Reisetyp III: Aufenthalt in touristischen Zentren, Großstädten, Hotelurlaub	Ja

### Welche Aktivitäten planen Sie für Ihre Reise?

Habe Sie vor zu tauchen?	Ja	Nein
Liegt im Falle einer geplanten Tauchreise eine aktuelle (jünger als 1 Jahr) Tauchtauglichkeitsbescheinigung vor?	Ja	Nein
Wünschen Sie die Durchführung einer Tauchtauglichkeitsuntersuchung im Rahmen Ihrer reisemedizinischen Beratung bei uns?	Ja	Nein
Habe Sie vor zu Klettern, Bergsteigen, Höhengruppenaufenthalte >2500m	Ja	Nein
Gab es im Falle eines geplanten Höhengruppenaufenthaltes in der Vergangenheit Anzeichen einer Höhenkrankheit (Kopfschmerz, Übelkeit, Schlaflosigkeit)?	Ja	Nein

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich für die in Anspruch genommene reisemedizinische Beratung und eventuelle Impfleistungen eine privatärztliche Rechnung erhalte und über eine zentrale Verrechnungsstelle abgerechnet wird.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Reisenden