Dr. med. Michaela Lorenz &
Dr. med. Manuela Ghidersa
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin
Hausarztpraxis

Amalienstraße 93, 76133 Karlsruhe
Tel. 0721 - 848746
praxislorenz-ghidersa@web.de
www.praxislorenz-ghidersa.de

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen
Reise-Impfberatung

Name _____ Vorname _____

PLZ, Ort _____ Straße _____

Tel. _____ Beruf _____

Geburtsdatum _____

Reisedaten

Reise-Länder	Ankunft Tag Monat Jahr	Reisebedingung 1	2	3
Rückkehr				

Art der Reise

- ☐ Badeurlaub
- ☐ Rundreise
- ☐ Geschäftsreise
- ☐ Sporturlaub: Sportart _____
- ☐ Trekking Tour: Höhe _____
- ☐ 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 Touristenzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Anamnese

	ja	nein
1. Fühlen Sie sich zu Zeit gesund?	☐	☐
2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit?	☐	☐
3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche? _____	☐	☐
4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	☐	☐
5. Sind anlässlich von Infektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt?	☐	☐
6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?	☐	☐
7. Leiden/Litten Sie an einer chronischen Krankheit? einer bösartigen Erkrankung?	☐	☐
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	☐	☐
9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungenbei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche? _____	☐	☐
10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	☐	☐
11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.	☐	☐

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen uns Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen.

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleisungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

_____

Datum Unterschrift des Reisenden