



# GEMEINSCHAFTSPRAXIS

FÜR KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE

## Reisemedizinische Anamnese - Fragebogen vor geplanter Reise

### Angaben zur reisenden Person

- Name:
- Geburtsdatum / Alter:
- Körpergewicht:
- Telefonnummer / E-Mail:
- Bestehen chronische Erkrankungen?  
 nein  ja, welche: \_\_\_\_\_
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme?  
 nein  ja, welche: \_\_\_\_\_
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?  
 nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Liegt eine Immunschwäche oder immunsuppressive Therapie vor?

nein  ja

## Frühere Reisen / Besonderheiten

- Frühere Fernreisen?  
 nein  ja, wohin: \_\_\_\_\_
- Frühere Probleme während Reisen (z. B. Thrombose, starke Reisekrankheit, Durchfallerkrankungen)?  
 nein  ja: \_\_\_\_\_
- Gab es bereits Malaria oder andere Tropenerkrankungen?  
 nein  ja: \_\_\_\_\_

## Angaben zur geplanten Reise

### Reiseziel

- Länder / Regionen:  
\_\_\_\_\_
- Aufenthalt in Großstadt / ländlicher Region / Dschungel / Hochgebirge?  
\_\_\_\_\_

### Reisezeit

- Abreisedatum:
- Rückreisedatum:

### Reiseart

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pauschalreise                       | <input type="checkbox"/> Geschäftsreise                           |
| <input type="checkbox"/> Individualreise                     | <input type="checkbox"/> Schüleraustausch /<br>Auslandsaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Rundreise                           | <input type="checkbox"/> Sonstiges:<br>_____                      |
| <input type="checkbox"/> Backpacking                         |   |
| <input type="checkbox"/> Besuch von Freunden /<br>Verwandten |   |

## Geplante Aktivitäten

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baden / Wassersport | <input type="checkbox"/> Medizinische / soziale<br>Hilfeinsätze |
| <input type="checkbox"/> Trekking / Wandern  | <input type="checkbox"/> Aufenthalt in großer Höhe              |
| <input type="checkbox"/> Safari              | <input type="checkbox"/> Sonstiges:<br>_____                    |
| <input type="checkbox"/> Tauchen             |   |
| <input type="checkbox"/> Tierkontakt         |   |
- 

## Impfstatus

Bitte Impfausweis zum Termin mitbringen.

---

## Besondere Wünsche oder Fragen

---

Die Kosten für Beratung und eventuell gewünschte Impfungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet und zunächst von mir selber getragen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift