



Name:	Vorname:	Datum:
Tel.-Nr.(privat):	Tel.-Nr.(dienstl.):	
Alter:	Größe:	Gewicht:
Zeitraum: von _____ bis _____	Reiseziel/Region: <small>Land, Ort, Region (bei Rundreise bitte Route mit Zeitangabe, evtl. auf 2. Seite)</small>	

Reisekriterien			
Hotel	<input type="checkbox"/>	Rucksackurlaub	<input type="checkbox"/>
einfache Unterkunft	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

Frühere Erkrankungen			
Masern	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>
ich bin gesund, ohne Beschwerden	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
Beschwerden: _____	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>

Allergien/Unverträglichkeiten gegen:		Sonstiges: _____ _____	<input type="checkbox"/>
Hühnereiweiß	<input type="checkbox"/>		
Impfstoffe	<input type="checkbox"/>		
Malariamedikamente	<input type="checkbox"/>		

Aktuelle/chronische Erkrankungen:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	
Porphyrie	<input type="checkbox"/>	Myasthenie	<input type="checkbox"/>	
Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	
psychische Störungen	<input type="checkbox"/>	Sonnenbrand/-allergie	<input type="checkbox"/>	
Nierenschaden	<input type="checkbox"/>	Leberschaden	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>			

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaftswunsch	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

Mir ist bekannt, dass ich eine privatärztliche Beratung in Anspruch nehme, die nicht von den Krankenkassen erstattet wird (auch nicht im PKV-Bereich).
Ebenso ist mir bekannt, dass eine Impfberatung nur durchgeführt werden kann, wenn meinen Impfpass zum Termin vorliegt.

Diesen Fragebogen bitte 5 Tage vor dem Reiseimpfberatungstermin in die Praxis bringen!!

_____, den _____. 20____
Ort

Unterschrift