



DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS

**PRAXIS FÜR
INNERE MEDIZIN**

Dr. med. Thomas Sternfeld
Facharzt für Innere Medizin,
Hämatologie & Onkologie,
Gastroenterologie, Infektiologie,
Reisemedizin

Dr. med. Angelika Sternfeld
Fachärztin für Innere Medizin,
Endokrinologie, Diabetologin (DDG)

**Gemeinschaftspraxis
Hausärztliche Versorgung**

Frau/Herr _____, geb. _____

Datum: _____

Luitpoldstr. 58
84034 Landshut
Telefon: 0871 / 660 1970
Fax: 0871 / 660 19719
www.praxis-sternfeld.de
info@praxis-sternfeld.de

Fragebogen zur reisemedizinischen Beratung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur optimalen Beratung vor Antritt Ihrer geplanten Reise sind uns einige Informationen sehr wichtig. Bitte nehmen Sie sich Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen. Bringen Sie Ihren Impfpass mit in die Praxis, damit wir Ihren aktuellen Impfstatus überprüfen können.

Reiseziel (Stadt, Land, Kontinent)	Datum Abreise	Datum Rückreise	Aufenthaltsdauer

Art der Reise (bitte das Zutreffendste ankreuzen):

Reisetyp 1 <input type="checkbox"/>	Reisetyp 2 <input type="checkbox"/>	Reisetyp 3 <input type="checkbox"/>
Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Individual- oder Rucksackreise in das Landesinnere, Radtour, vorhersehbarer Kontakt zur örtlichen Bevölkerung; Tätigkeit in Entwicklungshilfe, Erziehungs- und Gesundheitswesen, Land- oder Forstwirtschaft	Aufenthalt überwiegend in Städten, organisierte Reisen ins das Landesinnere	Aufenthalt überwiegend in touristischen Zentren, Großstädten, Flughäfen, höherklassigen Hotels und klimatisierten Räumen

Geplante Aktivitäten:

Tauchen/Schnorcheln

Liegt eine Tauchtauglichkeitsbescheinigung vor?

Wünschen Sie eine Tauchtauglichkeitsuntersuchung durch uns?

Bergsteigen Höhengaufenthalt Wüstentour Regenwaldtour

Sind bei früheren Impfungen jemals irgendwelche Probleme aufgetreten? Nein

Ja, folgende: _____

Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Impfung gegen Masern oder eine andere **Lebendimpfung** erhalten, oder ist in den nächsten 4 Wochen eine vorgesehen? Nein

Ja, folgende: _____

Haben Sie in den letzten 4 Wochen **sonstige Impfungen** bekommen? Nein

Ja, folgende: _____

Besteht bei Ihnen eine **Hühnereiweißallergie**? Nein

Ja

Bestehen sonstige **Allergien** (z.B. gegen Antibiotika)? Nein

Ja, gegen: _____

Bestehen **Medikamentenunverträglichkeiten**? Nein

Ja, gegen: _____

Wurden in den letzten 4 Wochen **medizinische Behandlungen** durchgeführt? Nein

Ja, folgende: _____

Bestanden in den letzten 4 Wochen **akute Erkrankungen** (z.B. Fieber, Unwohlsein, schwere Unfälle, Operationen etc.)? Nein

Ja, folgende: _____

Leiden Sie an einer **schweren chronischen Erkrankung**, z.B. rheumatische Erkrankung, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Krankheit der blutbildenden Organe oder des Immunsystems, Diabetes, chron. Hepatitis, chron. Nierenleiden, allergisches Asthma, Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden oder eine hier nicht genannte Erkrankung? Nein

Ja, und die Behandlung erfolgt mit: _____

Haben Sie in den letzten drei Monaten Medikamente genommen, Spritzen oder andere Behandlungen erhalten, die stark auf das **Immunsystem** wirken, z. B. Kortison, Immunsuppressiva, Bestrahlungen, Chemotherapie o.ä.? Nein

Ja, nämlich: _____

Haben Sie in den letzten 3 Monaten **Blut**, Blutbestandteile oder **Immunglobuline** bekommen? Ja Nein

Ja, folgende: _____

Bei Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft** oder **stillen** Sie derzeit? Ja Nein

Bestehen irgendwelche **wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen**, nach denen bisher noch nicht gefragt wurde? Ja Nein

Ja, folgende: _____

Sind Sie im Besitz eines **internationalen Impfausweises**? Ja Nein

Ja: legen Sie ihn bitte bei der Anmeldung vor.

Ich versichere, die Angaben zu meiner Gesundheit und meiner Reiseplanung nach bestem Wissen gemacht zu haben. Ich weiß, dass diese Angaben Grundlage für die Indikationsstellung medizinischer Maßnahmen sind, und dass fehlerhafte Angaben die Qualität der reisemedizinischen Versorgung beeinträchtigen können.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich für die reisemedizinischen Leistungen eine Rechnung erhalte und bin einverstanden, die Rechnung in Vorkasse zu begleichen.

Anmerkungen:

Datum, Unterschrift Patient