



**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. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Luitpoldstr. 58  
84034 Landshut  
Telefon: 0871 / 660 1970  
Fax: 0871 / 660 19719

[www.praxis-sternfeld.de](http://www.praxis-sternfeld.de)  
[info@praxis-sternfeld.de](mailto: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

---

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

---

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

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