

★ Patientenfragebogen Reisemedizinische Beratung



Herr Frau Datum: _____
Nachname: _____ **Vorname:** _____ **geb.** _____
 Adresse: _____
 Email: _____ Fax: _____
 Telefon: _____ Handy: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur optimalen Beratung vor Antritt Ihrer geplanten Reise sind uns einige Informationen wichtig:

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

Art der Reise (bitte das Zutreffendste ankreuzen):

Reisotyp 1 <input type="checkbox"/>	Reisotyp 2 <input type="checkbox"/>	Reisotyp 3 <input type="checkbox"/>
Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Individual- oder Rucksackreise in das Landesinnere	Aufenthalt überwiegend in Städten, organisierte Reisen ins das Landesinnere	Aufenthalt überwiegend in touristischen Zentren, Großstädten, Flughäfen, Hotels, klimatisierten Räumen

Sind bei früheren Impfungen jemals irgendwelche Probleme aufgetreten? <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in den letzten 4 Wochen Impfungen bekommen? <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen sonstige Allergien (z.B. gegen Antibiotika)? <input type="checkbox"/> Ja, gegen:	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten ? <input type="checkbox"/> Ja, gegen:	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung ? <input type="checkbox"/> Ja, die Behandlung erfolgt mit:	<input type="checkbox"/> Nein
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie derzeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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