



Anmeldung zur Reiseberatung

Bitte Ausdrucken und Ausfüllen, Versand per Fax oder Post

.....
Name

.....
Reisedatum

.....
Vorname

.....
Reiseland

.....
Straße

In mehrere Länder ja nein

.....
PLZ, Wohnort

Reisekriterien

.....
Geburtsdatum

- privat dienstlich
 Hotel einfache Unterkunft
 Gerätetauchen Höhen über 3.000 m
 enger Kontakt mit der Bevölkerung

.....
Krankenkasse

.....
Sonstiges

Allergien/Unverträglichkeiten ja nein

Frühere Erkrankungen ja nein

.....
welche

Masern Hepatitis A Hepatitis B

Aktuelle/chronische Erkrankungen ja nein

Vorhandener Impfschutz

- Diabetes Psoriasis Porphyrie
 Myasthenie Epilepsie Nervenkrankheiten
 Lichtreaktion Sonnenallergie Sonnenbrand
 Nierenerkrankung Lebererkrankung psych. Störungen

laut Impfausweis ein Impfausweis liegt mir nicht vor

ggfs. Angaben über

Bitte tragen Sie hier das Datum der jeweils letzten Impfung ein:

- Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen Antikonceptiva
 Schwangerschaftswunsch Schwangerschaft
 Krampfadern/Thrombosen (auch in der Familie) Stillen

- | | |
|-------------------|-------------------|
| Diphtherie | Grippe |
| Polio | Typhus |
| Tetanus | Tollwut |
| Pertussis | Cholera |
| Varizellen/Zoster | Meningokokken |
| Masern | Pneumokokken |
| Hepatitis A | FSME |
| Hepatitis B | Japanencephalitis |

Einnahme von Medikamenten ja nein

.....
Gelbfieber

.....
welche

Ich bitte um:

- eine reisemedizinische Beratung Malariaberatung
 Impfungen

.....
Datum, Ort, Unterschrift