



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

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

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

Einnahme von Medikamenten ja nein

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

welche

Gelbfieber

Ich bitte um:

- eine reisemedizinische Beratung Malariaberatung
- Impfungen

Datum, Ort, Unterschrift