

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Name _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____

Telefon _____
E-mail _____
Beruf _____

Reiseländer	Ankunft			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr						

1. Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub
2. Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards
3. Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels und gehobenen bzw. europäischen Standards

Art der Reise

- Badeurlaub Sporturlaub....(Welche Sportart? _____)
 Rundreise Trekking-Tour(Höhe ? _____)
 Geschäftsreise Langzeitaufenthalt....(länger als 6 Wochen)

Anamnese	Ja	Nein		Ja	nein
Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Hühnereiweißunverträglichkeit/ -unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder leiden an einer Gerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine andere Allergie, wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden/Litten Sie an einer			Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chronischen Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
- Bösartigen Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für die reisemedizinischen Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und über die von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit

Datum _____

Unterschrift des Reisenden _____