

# Antragsformular und Fragebogen zur reisemedizinischen Beratung

## Zur Person

Vorname

Nachname

Straße/Nr.

PLZ/ Ort

Telefon

E-Mail

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Größe:  cm

Gewicht:  kg



## Reiseländer

## Reiseziele (möglichst genaue Reiseroute):

Abreisedatum:

Dauer der Reise:

## Reiseart:

Hotel  Trekking  Camping  Beruflich

## Sport:

Tauchen  Hochgebirge  Sonstiges

## Vorerkrankungen:

Allergie  hoher Blutdruck  Asthma  Herzerkrankung

Diabetes  Depression  Krampfleiden  Thrombose

sonstige

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

**Muss mit einer Schwangerschaft gerechnet werden oder besteht derzeit eine?**

 wenn ja: Schwangerschaftswoche 

**Bereits erfolgte Impfungen mit Impfstoff und Datum (soweit bekannt):**

- Tetanus
- Diphtherie
- Polio
- Masern, Mumps, Röteln
- Tollwut
- Meningokokken ACWY
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Typhus
- Gelbfieber
- Japan. Enzephalitis
- FSME
- Sonstige

**Bitte kontaktieren Sie mich zwecks Terminabsprache für eine ausführliche Reiseberatung unter der oben angegebenen**

- Telefonnummer       E-Mail       sonstige

Anmerkungen: