



Fragebogen vor Reisemedizinischer Beratung



Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. Krüger & Dr. Löhner-Dierich

Reisemedizinische Beratung
Gelbfieber-Impfstelle

Goethestraße 35 | 50858 Köln-Weiden
Tel.: 02234 / 688 75 60 | Fax: 02234 / 688 75 70
Mail: info@hausarztinnen-koeln.de
Internet: www.hausaerztinnen-koeln.de

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____ Familienstand: _____

Telefon privat: _____ beruflich: _____

Telefon mobil: _____ E-Mail: _____

Reiseländer	Ankunft			Reisebedingungen*		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr						

ART DER REISE

- Badeurlaub
- Rundreise
- Geschäftsreise
- Sporturlaub, Sportart: _____
- Trekking-Tour, Höhe: _____
- Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

* REISEBEDINGUNGEN

- 1** Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individual-Reise 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 gehobenen bzw. europäischen Standards)



Fragebogen vor Reisemedizinischer Beratung

	Ja	Nein
Besteht eine Hühnereiweißallergie /-unverträglichkeit? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine andere Allergie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, gegen welche? _____		
Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, an welcher? _____		
Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, an welcher? _____		
Besteht eine Abwehrschwäche /HIV-Erkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____		

BEI FRAUEN: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, welche Symptome haben Sie? _____		

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten Reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum: _____ Unterschrift: _____