allgemeinmedizinische
Praxis im Posthof

Nils Lenuweit
Facharzt für Allgemeinmedizin

Doctor-medic Christian Bachner
Facharzt für Allgemeinmedizin

dr (AM Danzig) Elena Weber
Fachärztin für Allgemeinmedizin
(angestellte Ärztin)

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Fragebogen reisemedizinische Beratung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **männlich** O **weiblich** O

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

Telefonnr. und Email: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Reiseinformationen:

Reiseziel(e):

Reisedauer von:____ bis:_____

Reiseart:

- o Pauschalreise
- o Individualreise
- o Rucksackreise
- o Geschäftsreise
- o Sonstiges (bitte angeben):

Unterkünfte:

- o Hotel
- o Pension
- o Camping
- o Bei Freunden/Verwandten
- o Sonstiges (bitte angeben):

Geplante Aktivitäten:

- o Städtetourismus
- o Trekking/Wandern
- o Abenteuerurlaub
- o Badeurlaub
- o Sonstiges (bitte angeben):

Medizinische Vorgeschichte:

Bluthochdruck	Ja O	Nein O
Blutzuckerkrankheit	Ja O	Nein O
Magenerkrankung	Ja O	Nein O

Tumorerkrankung (Krebs)	Ja O	Nein O
Nierenerkrankung	Ja O	Nein O
Fettstoffwechselstörung	Ja O	Nein O
Gelenkserkrankung (Rheuma)	Ja O	Nein O
Infektionserkrankung	Ja O	Nein O
Leberentzündung (Hepatitis)	Ja O	Nein O
Asthma	Ja O	Nein O
Herzkrankheit	Ja O	Nein O
Psychische Erkrankung	Ja O	Nein O

Sonstige chronische Erkrankungen:_____

Aktuelle Medikamente (bitte auflisten):

Allergien (bitte auflisten):

Schwangerschaft (ja/nein):

Stillzeit (ja/nein):

Impfstatus:

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass zur Beratung mit.

Falls nicht vorhanden, bitte so gut wie möglich ausfüllen:
Sind Sie gegen folgende Krankheiten geimpft?

- Tetanus (Wundstarrkrampf) Ja O Nein O letztmalig:_____
- Diphtherie Ja O Nein O letztmalig:_____
- Polio (Kinderlähmung) Ja O Nein O letztmalig:_____
- Masern Ja O Nein O letztmalig:_____
- Mumps, Röteln Ja O Nein O letztmalig:_____

Allgemeinmedizinische Praxis im Posthof
Galgenbergstr. 2a 93053 Regensburg
Tel 0941/57144 Fax 0941/565509

- Hepatites A (Gelbsucht) Ja O Nein O letztmalig:_____
- Hepatites B (Gelbsucht) Ja O Nein O letztmalig:_____
- Typhus Impfung Ja O Nein O letztmalig:_____
- Gelbfieber Impfung Ja O Nein O letztmalig:_____
- Tollwut Impfung Ja O Nein O letztmalig:_____
- Japanische Enzephalitis Impfung Ja O Nein O letztmalig:_____
- Dengue Impfung Ja O Nein O letztmalig:_____

Sonstige Impfungen (bitte auflisten):

Zusätzliche Angaben:

- Bestehen besondere gesundheitliche Bedenken bezüglich der Reise?

- Haben Sie spezielle Fragen zur Reisegesundheit?

Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der reisemedizinischen Beratung verarbeitet werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Allgemeinmedizinische Praxis im Posthof
Galgenbergstr. 2a 93053 Regensburg
Tel 0941/57144 Fax 0941/565509