

Fragebogen zur reisemedizinischen Beratung

Name, Vorname			
Geburtsdatum		Krankenkasse	
Anschrift			
Reiseziel	von - bis	Kriterien	
1.		<input type="checkbox"/> Hotel-/Badeurlaub <input type="checkbox"/> Geschäftsreise	<input type="checkbox"/> Rucksackreise <input type="checkbox"/> Trekking / Safari
2.		<input type="checkbox"/> Hotel-/Badeurlaub <input type="checkbox"/> Geschäftsreise	<input type="checkbox"/> Rucksackreise <input type="checkbox"/> Trekking / Safari
3.		<input type="checkbox"/> Hotel-/Badeurlaub <input type="checkbox"/> Geschäftsreise	<input type="checkbox"/> Rucksackreise <input type="checkbox"/> Trekking / Safari
4.		<input type="checkbox"/> Hotel-/Badeurlaub <input type="checkbox"/> Geschäftsreise	<input type="checkbox"/> Rucksackreise <input type="checkbox"/> Trekking / Safari

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Lungenleiden | <input type="checkbox"/> Leber-/Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche | <input type="checkbox"/> Krampfleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | |

Ist oder war bei Ihnen eine Überempfindlichkeit (Allergie) bekannt? Ja Nein

Wenn ja, wogegen?

Vertragen Sie den Genuss von Hühnereiern oder Eiprodukten? Ja Nein

(nur für Frauen) Sind Sie schwanger? Ja Nein

Sind bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, Unverträglichkeiten oder sonstige schwere Reaktionen aufgetreten? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?