

# Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

## Reise-Impfberatung



**CRM** Centrum für Reisemedizin

www.crm.de



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Reisedaten

| Reiseländer | Ankunft |       |      | Reisebedingung |   |   |
|-------------|---------|-------|------|----------------|---|---|
|             | Tag     | Monat | Jahr | 1              | 2 | 3 |
|             |         |       |      |                |   |   |
|             |         |       |      |                |   |   |
|             |         |       |      |                |   |   |
|             |         |       |      |                |   |   |
| Rückkehr:   |         |       |      |                |   |   |

### Reisebedingungen

- Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)
- 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)
- Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

### Art der Reise

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

### Anamnese

- |                                                                                       | ja                       | nein                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                                                                                 |                          |                          |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden/Litten Sie an einer                                                         |                          |                          |
| • chronischen Krankheit?                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • einer bösartigen Erkrankung?                                                        |                          |                          |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche?                                                                      |                          |                          |
| _____                                                                                 |                          |                          |
| _____                                                                                 |                          |                          |
| _____                                                                                 |                          |                          |

- |                                                                                      | ja                       | nein                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                                                                                |                          |                          |

- |                                                                        |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Bei Frauen:                                                        |                          |                          |
| Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit. |                          |                          |

#### Wichtiger Hinweis:

**Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!**

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

Datum

Unterschrift des Reisenden