



Praxis Dr. Wefing

Persönlicher Reise-Check

Sehr geehrte/r Patient/in,
für die Reisemedizinische Beratung benötigen wir einige Daten und Ihren Impfausweis. Sie sollten, wenn möglich beides vor der persönlichen Beratung abgeben, damit wir vorab die wichtigen Informationen einholen können
Vielen Dank.

Name, Vorname:	Datum:
Anschrift:	Geboren:
Beruf:	

Art der Reise:	<input type="checkbox"/> Badeurlaub <input type="checkbox"/> Dienstreise <input type="checkbox"/> Sporturlaub	<input type="checkbox"/> Pauschalreise mit Ausflügen <input type="checkbox"/> Abenteuerreise <input type="checkbox"/> Längerer Aufenthalt
Länder:	Abreise	Rückkehr
_____	von: _____	bis: _____
_____	von: _____	bis: _____
Verkehrsmittel:	<input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Flugzeug <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Schiff	
Mitreisende:	<input type="checkbox"/> Allein <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Gruppenreise	
Gesundheitsfragen:		
Waren Sie bereits in den Tropen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ Schwangerschaftswoche	
Bestehen Allergien (z.B. Hühnereiweiß)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Bestehen ernsthafte Krankheiten (z.B. Immunschwäche, Diabetes, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Waren Sie in den letzten 14 Tagen krank?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	
Hatten Sie bei Medikamenten irgendwelche Nebenwirkungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	
Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	