

# Fragebogen - Reisen

Reisen ist interessant, bildet und baut Vorurteile ab. Doch die Reisefreuden sollten nicht durch unverhoffte gesundheitliche Probleme gemindert werden. Deshalb ist eine medizinische Beratung, gerade vor Reisen in tropische Gefilde unerlässlich. Wir helfen Ihnen gerne mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln und beraten Sie individuell. Vorab benötigen wir jedoch einige Informationen. Sollten Sie sich bei der Beantwortung der einen oder anderen Frage unsicher sein, helfen wir Ihnen gerne.

Name, Vorname:.....	Geburtsdatum:.....
Strasse, Nr.:.....	PLZ / Wohnort:...../.....
Tel.: .....	Fax: ..... Email:.....@.....

## Wann soll die Reise losgehen?

Welche Länder möchten Sie bereisen? Wenn Sie mehrere Länder bereisen, geben Sie bitte an, wann Sie in dem jeweiligen Land ankommen und wie lange Sie bleiben möchten.

1. Land	Einreise	Aufenthaltsdauer
2. Land	Einreise	Aufenthaltsdauer
3. Land	Einreise	Aufenthaltsdauer
4. Land	Einreise	Aufenthaltsdauer

*(weitere Reiseländer bitte auf der Rückseite vermerken)*

## Wie reisen Sie?

Badeurlaub    Hotelurlaub    Trekkingreise    Geschäftsreise    Langzeitaufenthalt

Halten Sie sich vorwiegend in großen Städten und Hotels auf?    ja    nein

Beabsichtigen Sie organisierte Touren ins Landesinnere?    ja    nein

Beabsichtigen Sie Touren unter einfachen Bedingungen ins Landesinnere    ja    nein

Werden Sie enge Kontakte zur einheimischen Bevölkerung haben, oder sind diese nicht auszuschließen?    ja    nein

## Leiden Sie unter Krankheiten oder Allergien?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt zum Beispiel gegen Hühnereiweiß, Antibiotika, Malariamittel oder andere Stoffe?    ja    nein

Wenn ja, welche?.....

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen oder Krampfanfällen?  ja  nein

Leiden Sie unter einer Immunerkrankung oder nehmen Sie Kortisonpräparate oder Chemotherapeutika?  ja  nein

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

Diabetes mellitus  ja  nein

Herzleiden  ja  nein

Lungenleiden  ja  nein

Besteht oder bestand bei Ihnen ein Thromboserisiko?  ja  nein

Leiden Sie an anderen, hier nicht genannten chronischen Krankheiten?  ja  nein

Wenn ja, unter welchen?

.....  
.....

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?

.....

## Impfungen

Sind Sie bereits gegen eine der folgenden Infektionskrankheiten geimpft worden und wurde das im Impfbuch dokumentiert?

### Tetanus (Wundkrampf):

- unbekannt oder keine
- 1 Impfung (zuletzt vor mindestens 4 Wochen).....dokumentiert ja nein
- 2 Impfungen (zuletzt vor mindestens 6 Monaten).....dokumentiert ja nein
- 3 oder mehr Impfungen vor mehr als 10 Jahren.....dokumentiert ja nein
- 3 oder mehr Impfungen, davon 1 innerhalb der letzten 10 Jahre.....dokumentiert ja nein

### Diphtherie:

- unbekannt oder keine
- 1 Impfung (zuletzt vor mindestens 4 Wochen).....dokumentiert ja nein
- 2 Impfungen (zuletzt vor mindestens 6 Monaten).....dokumentiert ja nein
- 3 oder mehr Impfungen vor mehr als 10 Jahren.....dokumentiert ja nein
- 3 oder mehr Impfungen, davon 1 innerhalb der letzten 10 Jahre.....dokumentiert ja nein

### Poliomyelitis (Kinderlähmung):

- unbekannt oder keine
- 1 Impfung (zuletzt vor mindestens 4 Wochen).....dokumentiert ja nein
- 2 Impfungen (zuletzt vor mindestens 6 Monaten).....dokumentiert ja nein
- 3 oder mehr Impfungen vor mehr als 10 Jahren.....dokumentiert ja nein
- 3 oder mehr Impfungen, davon 1 innerhalb der letzten 10 Jahre.....dokumentiert ja nein

**Hepatitis A:**

- unbekannt oder keine
- 1 Impfung vor mehr als 6 Monaten.....dokumentiert ja nein
- 2 Impfungen im Abstand von mindestens 6 Monaten.....dokumentiert ja nein

**Hepatitis B:**

- unbekannt oder keine
- 1 Impfungen vor 4 – 6 Wochen.....dokumentiert ja nein
- 2 Impfungen (zuletzt vor mindestens 6 Monaten).....dokumentiert ja nein
- 3 Impfungen.....dokumentiert ja nein

**Typhus tot (zur Injektion):**

- keine innerhalb der letzten 3 Jahre
- 1 innerhalb der letzten 3 Jahre.....dokumentiert ja nein

**Typhus lebend (Schluckimpfung):**

- keine innerhalb des letzten Jahres
- 3 Kapseln innerhalb des letzten Jahres.....dokumentiert ja nein

**Gelbfieber**

- keine innerhalb der letzten 10 Jahre
- 1 innerhalb der letzten 10 Jahre.....dokumentiert ja nein

**Tollwut:**

- unbekannt oder keine
- Vollimpfung vor mehr als 5 Jahren.....dokumentiert ja nein
- Vollimpfung innerhalb der letzten 5 Jahre.....dokumentiert ja nein

**Meningitis:**

- unbekannt oder keine innerhalb der letzten 3 Jahre
- 1 innerhalb der letzten 3 Jahre.....dokumentiert ja nein

**FSME:**

- unbekannt oder keine
- 1 Impfung vor mehr als 2 Wochen.....dokumentiert ja nein
- 2 Impfungen innerhalb der letzten 5 Jahre.....dokumentiert ja nein
- 3 Impfungen vor mehr als 5 Jahren.....dokumentiert ja nein
- 3 oder mehr Impfungen, davon 1 innerhalb der letzten 5 Jahre.....dokumentiert ja nein

**Masern:**

- unbekannt oder keine
- 1 Impfung vor mehr als 4 Wochen.....dokumentiert ja nein
- 2 Impfungen im Leben.....dokumentiert ja nein

**Cholera:**

- bereits geimpft.....dokumentiert ja nein

falls ja, tragen Sie bitte Impfzeitpunkt und den/die Impfstoff(e) ein:

.....

.....

.....

Traten nach früheren Impfungen Komplikationen auf?

ja nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

**Bestehen noch Fragen oder Hinweise Ihrerseits?**

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Hilfe. Unsere fachlich geschulten Mitarbeiter werden Sie gerne an Hand dieser Unterlagen beraten. Wir richten uns übrigens nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft und der deutschen Gesundheitsbehörde in Berlin, dem Robert-Koch-Institut. So werden Sie stets aktuell und sicher informiert.

Raum für interne Notizen: