



## Fragebogen Reisemedizin

Name/Vorname/Geburtsdatum

---

Telefon/Handy

---

Reisetermine: Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_

Zielland/Zielländer: \_\_\_\_\_

---

---

---

Reiseart:

Rucksackreise

Aufenthalt im Outdoor Bereich z.B.: schlafen in Zelten/Camps

Städtereise

Aufenthalt nur im Hotel

Sport: Tauchen, Reiten Bergsteigen etc.

Medizinischer Fragebogen:

Allergien gegenüber Medikamenten, Impfungen oder Hühnereiweiß?

---

Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf? Ja  Nein

Sind Sie schwanger? Ja  Nein

Akute Erkrankungen? Ja  Nein

---

---

Chronische Erkrankungen? Ja  Nein

---

---

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja  Nein

---

---

Leiden Sie an einer Herzerkrankung/Herzrhythmusstörung? Ja  Nein

---

---

Psychische Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie? Ja  Nein

---

---

Hatten Sie Schon einmal eine Thrombose? Ja  Nein

---

---

Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Monate geimpft? Ja  Nein

---

---

**Bringen Sie Bitte unbedingt Ihren Impfausweis mit**