

## Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

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

Geb.: \_\_\_\_\_

### Reisedaten

| Reiseländer | Dauer |
|-------------|-------|
|             |       |
|             |       |
|             |       |

### Art der Reise (bitte ankreuzen)

|                          |                |                          |  |
|--------------------------|----------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Badeurlaub     | <input type="checkbox"/> | Sporturlaub (Sportart: .....             |
| <input type="checkbox"/> | Rundreise      | <input type="checkbox"/> | Trekking Tour (Höhe: .....               |
| <input type="checkbox"/> | Geschäftsreise | <input type="checkbox"/> | Langzeitaufenthalt (länger als 6 Monate) |
| <input type="checkbox"/> |                | <input type="checkbox"/> |  |

### 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?<br>_____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?<br>Wenn ja, welche? _____ | <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 oder bösartigen Erkrankung?<br>Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?<br>_____                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen durchgeführt?<br>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"/> |

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_