

Dr. P. Eggenwirth- C. Etschmann- Dr. J. Bergemann

Fachärzte Allgemeinmedizin

Dorfstr. 56, 91056 Erlangen- Fon: 09131- 992177- Fax 99 54 41

www.dr-eggenwirth.de - mail: praxis@dr-eggenwirth.de

Fragebogen für die medizinische Reise- und Impfberatung (Erst- und Neuberatung)

Bitte vor jeder Erstberatung und jeder Beratung für ein neues Reisegebiet mit aktuellen Angaben ausfüllen und am Tag der Beratung mit Datum unterschreiben. ***Pflichtangaben* zstzl. für die Reisemedizinische Beratung**

*Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Titel		*Alter	Jahre
*Nachname				*Vorname(n)		
*Geb. Datum				*Geburtsland		
*Straße, Nr.				*Plz. und Wohnort		
Tel. Festnetz				Tel. mobil		
Email				#Reiseziel(e)		
#Abreise ab				#Reisedauer		

#Reisebedingungen (Mehrfachantworten sind möglich)			<input type="checkbox"/> Beruflich	<input type="checkbox"/> Privat
<input type="checkbox"/> Kreuzfahrt	<input type="checkbox"/> Individuell	<input type="checkbox"/> Pauschalreise	<input type="checkbox"/> Safari	<input type="checkbox"/> Trekking
<input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt	<input type="checkbox"/> Familienbesuch	<input type="checkbox"/> Besuch von Freunden	<input type="checkbox"/> Abendteuer	<input type="checkbox"/> Tauchen
<input type="checkbox"/> Bergsteigen	<input type="checkbox"/> Höhengaufenthalt	<input type="checkbox"/> Tierkontakt geplant	<input type="checkbox"/> Strand	<input type="checkbox"/> Sonnen
<input type="checkbox"/> Entwicklungshilfe, wenn ja in welcher Form?				
<input type="checkbox"/> Projektarbeit/stud. Aufenthalt, wenn ja in welcher Form?				
<input type="checkbox"/> Famulatur/PJ: Welche Untersuchungen/Bestätigungen in welcher Sprache sind nötig?				
<input type="checkbox"/> Sonstiges:				

*Fragen zu Ihrer Gesundheit (bitte ankreuzen und ggf. Angaben einfügen)	Ja	Nein
Leiden sie zurzeit an einer akuten oder chronischen Erkrankung, Wenn ja, welche?		
Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Hühnereiweiß (Allergie)?		
Bestehen andere Allergien/Unverträglichkeiten/Schuppenflechte (Psoriasis)? Wenn ja, welche?		
Ist Ihnen die Milz entfernt worden?		
Ist eine Thymuserkrankung bekannt oder wurde Ihnen die Thymusdrüse entfernt?		
Sind psychische Erkrankungen bekannt oder Krampfanfälle aufgetreten? Wenn ja, in welcher Form?		
Sind bei einer vorangegangenen Impfung oder Blutentnahme Ohnmacht/ Kreislaufschwäche aufgetreten?		
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?		

Fragebogen für die medizinische Reise- und Impfberatung (Erst- und Neuberatung)
Seite 2

*Fragen zu Ihrer Gesundheit (bitte ankreuzen und ggf. Angaben einfügen)	Ja	Nein
Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen (inkl. Schluckimpfungen)/Injektionen erfolgt? Wenn ja, welche?		
Sind Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Impfungen bekannt? Wenn ja, welche?		
Falls eine Gelbfieberimpfung vorgesehen ist: Haben Sie das Aufklärungsblatt gelesen?		
Falls eine Gelbfieberimpfung vorgesehen ist: Haben Sie weitere Fragen? Wenn ja, welche?		
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft		
Für Frauen: Stillen Sie?		

Ich weiß, dass reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen keine Pflichtleistung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen sind und dass ich die Kosten selbst tragen muss. In vielen Fällen erstatten die Krankenkassen jedoch einen Teil oder die gesamten Kosten. Ich bin darüber informiert, dass ich mich vor der Inanspruchnahme der Leistung „medizinische Reiseberatung und Impfungen“ bei meiner Krankenkasse informieren sollte, welche Kosten übernommen werden können.

Wir können keine Garantie dafür übernehmen, dass Ihnen (anteilige) Kosten von Ihrer Krankenkasse erstattet werden. Bei beruflichen Reisen übernimmt der Arbeitgeber in der Regel die Kosten; bitte informieren Sie sich vorab.

Die Kosten für Impfungen, die von der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) für Deutschland empfohlen werden (z.B. Masern-Mumps-Röteln, Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Polio, FSME [über Zecken übertragen], Influenza und Pneumokokken [ab dem 60. Lebensjahr und bei besonderen Indikationen] übernehmen die gesetzlichen und die meisten privaten Krankenkassen.

Bitte warten Sie nach der Impfung 15 min. in unserer Praxis für den sehr seltenen Fall von allergischen Reaktionen.

Ort, Datum, Unterschrift

Bei Minderjährigen: Ort, Datum, Name und Unterschrift der Erziehungsberechtigten