

-Gelbfieberimpfstelle des Landes NRW – Weltwärts-Untersuchungen **-**

Alt-Haarener-Str.199, 52080 Aachen,Tel.: 0241/164212 Fax.:161438

Mail: praxis@gesundheitszentrum-am-denkmal.de

Reisemedizinische Sprechstunde (Weltweit-Fragebogen)

- Reisemedizin für die **ganze** Familie -

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender, sehr geehrte Eltern,

unser Fragebogen soll Ihnen/euch helfen, die für Ihre reisemedizinische Beratung wichtigen Informationen zusammenzustellen.

Diese Informationen bilden die Grundlage für die Erstellung Ihrer persönlichen Beratung.

Sie ermöglichen uns die Planung von individuell auf Sie und/oder Ihre Familie abgestimmten, vorbeugenden Maßnahmen. **Bitte füllen Sie für jedes Reisemitglied einen eigenen Bogen aus.**

Bitte faxen/senden Sie uns den ausgefüllten Bogen vorab an unsere Praxis (sofern möglich, und bringen das Original zusammen mit **allen** Impfbüchern zum Beratungstermin mit.

Im Bedarfsfalle einer **Gelbfieberimpfung** bitten wir Sie den Infobogen zur Gelbfieberimpfung von unserer Website (www.gelbfieber.nrw) ebenfalls herunterzuladen und ausgefüllt zum Beratungstermin mitzubringen.

Name: _____ Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Adresse _____

Hauptversicherter: _____ Telefon/Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Krankenversicherung: _____

Reiseziel (Land/Länder/Regionen/Städte): _____

Reisebeginn: _____ Reisedauer: _____

Medizinische Vorgeschichte:

-Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

-Leiden Sie unter Herzleiden/Herzrhythmusstörungen? Ja Nein

-Sind Krankenhausaufenthalte/Operationen erfolgt? Ja Nein

-Leiden Sie unter einer Allergie (z.B. Hühnereiweiß/Pollen)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

-Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Pillen/“Spritzen“? Ja Nein

Wenn ja, welche (Dosierung) ?

-Gab es Unverträglichkeiten von Medikamenten/Impfungen? Ja Nein

Wenn ja, bei welchen Impfungen/Medikamenten?

-Besteht derzeit bei Ihnen eine Schwangerschaft, oder ist zum Zeitpunkt der Reise eine Schwangerschaft gewünscht? entfällt Ja Nein

Name:

Reisebesonderheiten

berufliche Reise Studienaufenthalt/FSJ/Weltwärts private Reise sonstige Reise

- Tauchen** Ja Nein
- Liegt im Falle einer Tauchreise eine aktuelle Tauchtauglichkeitsbescheinigung vor? Ja Nein
- Wünsche Sie die Durchführung einer **Tauchtauglichkeitsuntersuchung**? Ja Nein
- Klettern, Höhenaufenthalte** über 2000m über NN? Ja Nein
- **Safari**, Aufenthalt in Regionen fernab von medizinischen Einrichtungen, Nationalparks? Ja Nein

-Welchem Reisetyp würden Sie Ihre Reise am ehesten zuordnen?

- Reisetyp I:** Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Rucksackreise in das Landesinnere, Kontakt zur einheimischen Bevölkerung, Tätigkeit in Entwicklungshilfe/Gesundheitswesen, Landwirtschaft
- Reisetyp II:** Städtereise, ggf. organisierte Reise in das Landesinnere
- Reisetyp III:** Aufenthalt überwiegend in Touristenzentren, Großstädten, höherklassigen Hotels
- Sonstige wichtige Mitteilungen an uns: z.B. Reiseroute**

Ich versichere, die vorstehenden Angaben zu meiner Gesundheit und meiner Reiseplanung nach bestem Wissen und sorgfältiger Recherche meiner Impf- und Reiseunterlagen gemacht zu haben. Ich weiß, das meine Angaben Grundlage für die Indikationsstellung medizinischer Maßnahmen (Impfungen, Malariaprophylaxe, ect.) sind, und das falsche oder unzureichende Angaben die Qualität der ärztlichen reisemedizinischen Versorgung beeinträchtigen können. Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich für die in Anspruch genommenen Leistungen eine Rechnung erhalte, und erkläre mich damit einverstanden, die Leistung zu begleichen. (Abrechnung nach GOÄ-Ziffer 1,3,375,377 /Faktor2,3-3,5 je nach Aufwand,ca. 20-30 € je Beratung und gegebenenfalls ca. 10 € pro Impfung). Diese Rechnung können sie bei Ihrer Krankenkasse zur Erstattung einreichen. Bei einzelnen gesetzlichen Kassen können bestimmte Leistungen auch direkt über die Krankenversichertenkarte abgerechnet werden. (zum Beispiel übernehmen die TK und die AOK viele Impfungen und auch die dazugehörigen Impfstoffe). Wir suchen den für Sie günstigsten Weg.
 Datenschutzerklärung: Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden zum Zweck Ihrer reisemedizinischen Beratung in unserer Praxis verwendet und gespeichert.

Datum:

Unterschrift der/des Reisenden/Erziehungsberechtigten

Reisemedizinische Beurteilung: **-wird vom Arzt ausgefüllt-** Alter: Jahre

1. Medikamentöse Malariaprophylaxe: Ja Nein Präparat:

2. Malaria-Notfallmedikament (Standby): Ja Nein

3. Empfohlene Impfungen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Masern/Mumps/Röteln | <input type="checkbox"/> Jap. Enzephalitis |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Peumokokken |
| <input type="checkbox"/> Pertussis | <input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY | <input type="checkbox"/> Meningokokken B |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tollwut | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Dengue |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieberimpfung vorgeschrieben / angeraten | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Arztunterschrift