

## **Reisemedizinische Sprechstunde für Reisen nach Afrika (VFR)**

Fragebogen für **Verwandtenbesuche** / Visiting Friends and Relatives in Africa-



### **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 Ihres persönlichen reisemedizinischen Beratungsprofils. Sie ermöglichen uns die Planung von individuell auf Sie und/oder Ihre Familie abgestimmten, vorbeugenden Maßnahmen.

Bitte faxen Sie uns den ausgefüllten Bogen vorab an unsere Praxis (Fax: 02461- 34 12 43 ) und bringen das **Original** zusammen mit **allen Impfbüchern** zum Beratungstermin mit.

Bitte füllen Sie für jedes Reisemitglied einen eigenen Bogen aus.

Im Bedarfsfalle einer **Gelbfieberimpfung (Yellowfevervaccination, Vaccination contre la Fievre jaune)**

bitten wir Sie den Infobogen zur Gelbfieberimpfung von unserer Website ([www.gelbfieber.nrw](http://www.gelbfieber.nrw)) ebenfalls herunter zuladen und ausgefüllt mit zum Beratungstermin mitzubringen. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name:

Vorname

Geburtsdatum:

Hauptversicherter (Name of Mother or Father):

Mobilphone:

E-Mail:

Krankenversicherung/Insurance:

Reiseziel (Land/Stadt/Country/Town):

Reisebeginn/Date of Flight to Afrika:

Reisedauer/How long do you stay:

**Bitte die Rückseite beachten/ View Page 2 →**

**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 ein?** ☐ 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

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, dass meine Angaben Grundlage für die Indikationsstellung medizinischer Maßnahmen (Impfungen, Malariaprophylaxe, etc.) sind, und dass 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 1,3,4,375,377 /Faktor2,3-3,5 je nach Aufwand, ca. 20-40 € 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-**

**1. Medikamentöse Malariaprophylaxe:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Präparat:  
Atova/Prog Doxy Mefloquin

**2. Malaria-Notfallmedikament (Standby):** ☐ Ja ☐ Nein

**3. Empfohlene Impfungen:**

☐ Tetanus ☐ Masern/Mumps/Röteln  
☐ Diphtherie ☐ Grippe/Influenza  
☐ Keuchhusten ☐ Pneumokokken

☐ Meningokokken ACWY ☐ Meningokokken B  
☐ Polio ☐ Tollwut ☐ Cholera  
☐ Hepatitis A ☐ Typhus ☐ Chikungunya:  
☐ Hepatitis B ☐ Dengue ☐ Sonstiges:

**O Gelbfieberimpfung:** ☐ vorgeschrieben ☐ empfohlen ☐ Nein