

## **Fragebogen zur Tropenmedizinischen Reiseberatung**

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ kg weiblich  männlich

### **Angaben zu Ihrer Reise:**

Reisebeginn: \_\_\_\_\_ Reisedauer: \_\_\_\_\_

Reiseziele: \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Aufenthalt in Großstädten,<br>Touristikzentren | <input type="radio"/> im eigenen PKW             | <input type="radio"/> enger Kontakt zur<br>dortigen Bevölkerung |
| <input type="radio"/> Strand und Küstenregion                        | <input type="radio"/> Rucksackreise              | <input type="radio"/> Wanderungen                               |
| <input type="radio"/> Mehrtägige Ausflüge<br>ins Landesinnere        | <input type="radio"/> Tauchen                    | <input type="radio"/> Bergsteigen                               |
| <input type="radio"/> Steuern von KFZ, Flugzeuge                     | <input type="radio"/> Berufliche Tätigkeit _____ |   |

### **Medikamente, die Sie einnehmen:**

Nehmen Sie Medikamente ein?  Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  
(z.B. Medikamente o. Hühnereiweiß)  Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter akuten oder chronischen  
Erkrankungen körperlicher oder psychischer  
Art?  Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft oder ist in den  
kommenden 3 Monaten eine geplant?  Nein  Ja

Haben Sie in den letzten 6 Wochen  
Impfungen erhalten?  Nein  Ja, bitte Impfkarte  
ausfüllen

Sind bei früheren Impfungen Impfreaktionen  
eingetreten, die ärztliches Eingreifen  
erforderlich machen?  Nein  Ja, bei welcher Impfung  
\_\_\_\_\_

Mit ist bekannt, dass die Kosten für reisemedizinische Leistungen (Beratung, Untersuchung, Impfungen, Impfstoffe) **nicht** von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, sondern selbst zu bezahlen sind.

Karlsruhe, den \_\_\_\_\_

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

## Impfkarte

Unsere Helferinnen sind Ihnen gerne beim Ausfüllen behilflich

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

Reiseziele: \_\_\_\_\_

### Impfungen:

Bestehende Impfungen	Zuletzt geimpft (Monat/Jahr)	Bemerkungen	Impfung nötig
O Tetanus		Impfschutz 10 Jahre	O
O Diphtherie		Impfschutz 10 Jahre	O
O Poli		Impfschutz 10 Jahre	O
O Gelbfieber		Impfschutz 10 Jahre	O
O Typhus			O
Hepatitis A (aktiv)		Impfschutz 10 Jahre	O
Hepatitis B			O
Hepatitis A + B			O
Meningokokkenmeningitis		Impfschutz 2-4 Jahre	O
Japanische Encephalitis			O
Tollwut			O
Zeckenschutzimpfung		Impfschutz 3-5 Jahre je nach Alter	O

### Malaria-Prophylaxe:

Prophylaxe Medikament: \_\_\_\_\_

Einnahme-Vorschrift: \_\_\_\_\_

Medikament für den Malaria-Notfall: \_\_\_\_\_

Einnahme-Vorschrift: \_\_\_\_\_

### Für die HelferIn:

Merkblätter ausgeben: O

Sonstiges: \_\_\_\_\_