

Anmeldung für _____ ; _____ ; _____ / _____
Name Vorname Alter Gewicht Länge

Reiseziel _____ Zeit _____ . _____ . _____ 20____
Land, Ort (bei Rundreise bitte Route vom bis
mit Zeitangaben, evtl. Rückseite)

Reisekriterien

Hotel Sonnenbaden Safari Trekking Rundreise Gerätetauchen
 enger Kontakt m. d. Bevölkerung einfache Unterkunft privat dienstlich Sonstiges: _____

Frühere Erkrankungen: Masern Hepatitis A Hepatitis B HIV ich bin gesund, ohne Beschwerden
 Beschwerden: _____ Allergien/Unverträglichkeiten: Hühnereiweiß Impfstoffe
 Malariamedikamente Sonstiges: _____

Aktuelle/chronische Erkrankungen nein ja: _____ Sonstiges: _____
 Diabetes mellitus Psoriasis Porphyrie Myasthenie Nervenerkrankungen Epilepsie
 psychische Störungen Sonnenbrand/-allergie Nierenschaden Leberschaden

Schwangerschaft Stillzeit Schwangerschaftswunsch Antikonzeptiva Neigung zu Scheidenpilz
 Krampfadern/Thrombose (auch i. d. Familie) Brillengläser aus Kunststoff

Einnahme von Medikamenten: keine Ich nehme: _____

ein Impfausweis liegt mir nicht vor vorhandener Impfschutz lt. Impfausweis(en)
(pro Kästchen ein Impftermin. Tragen Sie jeweils die letzten Impfungen ein!):

letzte Impfung vorletzte drittletzte usw.
Tetanus _____ ; _____ ; _____ Diphtherie _____ ; _____ ; _____
Polio _____ ; _____ ; _____ Pertussis _____ Masern _____ Grippe _____
Hepatitis A _____ ; _____ Hepatitis B _____ ; _____ ; _____ Cholera _____
Tollwut _____ ; _____ ; _____ Meningokokken _____ Pneumokokken _____
FSME _____ ; _____ ; _____ Japan-Encephalitis _____ ; _____ Typhus _____
Gelbfieber _____

Ich bitte um reisemedizinische Gesundheitsberatung

Malariaberatung

Impfungen

internationalen Impfausweis

Mir ist bekannt, dass ich eine privatärztliche Beratung in Anspruch nehme, die nicht von den Krankenkassen erstattet wird (auch nicht im PKV-Bereich).

_____, den _____ . _____ . 20____
Ort

Unterschrift