Anmeldung für _____ _ _____ _____ _____/____
Name Vorname Alter Gewicht Größe

FLOREN
Dr. med. Eugen Floren
Facharzt für Innere Medizin u. Kardiologie
Ernährungs- / Reisemedizin

Adresse und Telefonnummer _____
_____

Reiseziel _____ Zeit __.__ __.__ 20__
Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben,evtl. Extrablatt) vom bis

Reisekriterien: 0 Hotel 0 Sonnenbaden 0 Safari 0 Trekking 0 Rundreise
0 Gerätetauchen 0 enger Kontakt m. d. Bevölkerung 0 einfache Unterkunft 0 privat 0 dienstlich 0 sonstiges:
_____

Frühere Erkrankungen: 0 Masern 0 Hepatitis A 0 Hepatitis B
0 ich bin gesund, ich habe keine Beschwerden 0 Beschwerden: _____
0 Allergien/Unverträglichkeiten:
0 Hühnereiweiß 0 Malariamedikamente 0 Impfstoffe 0 sonstiges: _____

Aktuelle/chronische Erkrankungen 0 nein 0 ja: _____ 0 sonstiges

0 Diabetes 0 Psoriasis 0 Porphyrie 0 Myasthenie 0 Nervenerkrankung 0 Epilepsie 0 psychische Störungen 0 Sonnenbrand/ - allergie 0 Lichtreaktionen 0 Nierenschaden 0 Leberschaden ggf.

Angaben über 0 Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen 0 Schwangerschaft 0 Stillen

0 Schwangerschaftswunsch 0 Antikonzeptiva 0 Krampfadern/Thrombose (auch i.d. Familie)
0 Brillengläser aus Kunststoff

Einnahme von Medikamenten: 0 keine 0 Ich nehme _____

0 ein Impfausweis liegt mir nicht vor 0 vorhandener Impfschutz lt. Impfausweis(en):
(pro Kästchen 1 Impftermin. Tragen Sie jeweils die letzten Impfungen ein):

Diphtherie __.__.__ __.__.__ __.__.__ Tetanus __.__.__ __.__.__ __.__.__
letzte Impfung vorletzte drittletzte u.s.w.
Polio __.__.__ __.__.__ __.__.__ Pertussis __.__.__ __.__.__ Masern __.__.__ __.__.__

Hepatitis A __.__.__ __.__.__ __.__.__ Hepatitis B __.__.__ __.__.__ __.__.__

Typhus __.__.__ Cholera __.__.__ Tollwut __.__.__ __.__.__ __.__.__

Gelbfieber __.__.__ Meningokokken __.__.__ (Untergruppe:) Pneumokokken __.__.__

FSME __.__.__ __.__.__ __.__.__ Japan-Encephalitis __.__.__ __.__.__ __.__.__

Dengue __.__.__ __.__.__ Chikungunya __.__.__ Grippe __.__.__

Ich bitte um eine reisemedizinische Beratung.

_____, den _____ 20__ _____
Ort Datum Unterschrift