

Anamnesebogen

Reisemedizinische Beratung

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt, **mindestens 3 Tage** vor Ihrem Beratungstermin per Fax: **09090/1323**, per Post oder per E-Mail: **Info@praxis-kuprat.de** an uns.

Ihre Daten:

Name: _____
 Vorname: _____ Telefon: _____
 Strasse: _____ Fax: _____
 PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Alter: _____ Gewicht: _____
Reisedauer: _____	Abreisedatum: _____
Reiseland und -orte: _____	Wie viele Reisen dieser Art haben Sie bereits gemacht?
Reiseart (z.B. Geschäftsreise, Abenteuerreise, Strandurlaub, Langzeitaufenthalt, Expedition): _____	
Unterbringung (z. B. Hotel, Zelt, landestypische Unterkunft, noch nicht bekannt): _____	
Beschreibung des Reiseverlaufs: _____	
Geplanter Sport am Zielort (z. B. Tauchen, Hochgebirgsaufenthalt): _____	
Vorerkrankungen, chronische Erkrankungen: _____	
Nur Frauen: kann eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Medikamente, die regelmäßig genommen werden: _____	Sind bei Ihnen Allergien, v. a. auf Medikamente bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, ggf. welche?

Aktueller Impfstatus:

Impfung gegen	Tetanus	Diphtherie	Polio	Hepatitis A	Hepatitis B	Masern/Mumps/Röteln
Vollschutz bis						
Impfung gegen	Meningokokken	Japanische Enzephalitis	Gelbfieber	Cholera	Typhus	Andere Impfung
Vollschutz bis						

Ich habe die Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen vorgenommen. Mir ist bekannt, dass eine reisemedizinische Beratung keine Leistung der Krankenkasse ist und dass mir diese Leistung privat in Rechnung gestellt wird. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____