



## Frauenarztpraxis Wernau

Stadtplatz 11/13, 73249 Wernau

Tel: 07153 / 3 11 11

[www.frauenarzt-wernau.de](http://www.frauenarzt-wernau.de)

Email: [info@frauenarzt-wernau.de](mailto:info@frauenarzt-wernau.de)

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

unser Fragebogen soll Ihnen helfen, Informationen zusammenzustellen, die für die reisemedizinische Beratung wichtig sind. Diese Informationen bilden die Grundlage, damit wir eine für Sie persönlich passende reisemedizinische Beratung erstellen können. Sie ermöglichen uns die Planung von individuell auf Sie und/oder Ihre Familie abgestimmten, vorbeugenden Maßnahmen ( wie z.B. mitzunehmende Medikamente, Schutzimpfungen vor der Reise, Verhaltensempfehlungen, notwendige Untersuchungen...).

Bitte faxen/mailen/schicken Sie uns den ausgefüllten Bogen spätestens 2-3 Werktage vorab an unsere Praxis (Fax: 07153-482498 oder [info@frauenarzt-wernau.de](mailto:info@frauenarzt-wernau.de)), und bringen das Original zusammen mit allen Impfbüchern zum Beratungstermin mit.

Bitte füllen Sie für jedes Reisemitglied einen eigenen Bogen aus.

### **\*Personendaten**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Mobil:

E-Mail

Krankenversicherung:

### **\*Reisedaten**

Reiseziel (Land/Länder/Regionen/Städte):

Beschreiben Sie uns bitte Ihre Reiseroute (Orte, Verkehrsmittel, Aufenthaltsdauer an unterschiedlichen Orten):

Reisebeginn:

Reisedauer:

Wer reist mit?

Reiseart:     berufliche Reise     Studienaufenthalt/Schüleraustausch/AuPair     Urlaub  
 Entwicklungshilfe/Hilfseinsatz

organisierte Reise/Pauschalreise

Individualreise

Familienbesuch

Sonstige:

Übernachtung in Hotels

Übernachtungen im Zelt, Hütten

Übernachtungen bei Familie

Sonstige:

**\*Reisebesonderheiten-was ist geplant?**

- Aufenthalt überwiegend in Touristenzentren, Großstädten, höherklassigen Hotels
- Städtereise, ggf. organisierte Reise in das Landesinnere
  
- Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Rucksackreise in das Landesinnere, Kontakt zur einheimischen Bevölkerung, Tätigkeit in Entwicklungshilfe/Gesundheitswesen, Landwirtschaft
- Tauchen
- Klettern, Höhenaufenthalte über 2000m?
- Safari, Aufenthalt in Regionen fernab von medizinischen Einrichtungen, Nationalparks?
- reiner Strandurlaub
- Kreuzfahrt

**\*Medizinische Vorgeschichte:**

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? O Ja    O Nein  
 Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? O Ja    O Nein  
 Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie? O Ja    O Nein

Leiden Sie unter Herzleiden/Herzrhythmusstörungen? O Ja    O Nein

Sind Krankenhausaufenthalte/Operationen erfolgt? O Ja    O Nein

Leiden Sie unter einer Allergie (z.B. Hühnereiweiß/Pollen)? O Ja    O Nein

Wenn ja, welche?

Leiden sie unter psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Depressionen o.ä.)? O Ja    O Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O Ja    O Nein

Wenn ja, welche (Dosierung) ?

Gab es Unverträglichkeiten von Medikamenten/Impfungen? O Ja    O Nein

Wenn ja, bei welchen Impfungen/Medikamenten?

Besteht derzeit bei Ihnen eine Schwangerschaft? O Ja    O Nein

Stillen Sie? O Ja    O Nein

Ist im kommenden Jahr eine Schwangerschaft geplant? O Ja    O Nein

**\*Datum Impfungen:**

	Letzte Impfung	Vorletzte Impfung	Drittletzte Impfung
<b>Tetanus/ Wundstarrkrampf</b>			
<b>Diphtherie</b>			
<b>Pertussis/Keuchhusten</b>			
<b>Polio/Kinderlähmung</b>			
<b>Varizellen</b>			
<b>Masern/Mumps</b>			
<b>Röteln</b>			
<b>Influenza/Grippe</b>			
<b>Hepatitis A</b>			

<b>Hepatitis B</b>			
<b>Meningokokken B</b>			
<b>Meningokokken ACWY</b>			
<b>FSME</b>			
<b>Pneumokokken</b>			
<b>Gürtelrose/ Zoster</b>			
<b>Gelbfieber</b>			
<b>Covid 19</b>			
<b>Japan. Enzephalitis</b>			
<b>Tollwut</b>			
<b>Typhus</b>			
<b>Cholera</b>			

**Bitte bringen Sie zur Beratung unbedingt alle Impfpässe mit!**

**Ich wünsche folgende Leistung:**

**Gesundheitsleistungen im Rahmen  
eines individuellen Behandlungsvertrags in der Reisemedizin**

Individuelle reisemedizinische Beratung 40€

Umfasst:

- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten für eine Reise und ein Land und eine Person
- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen und Gesundheitsdaten
- Erstellung und Erörterung einer individuellen Prophylaxeempfehlung mit je nach Reiseland entsprechendem Informationsmaterial

Allgemeine Gesundheitsempfehlung 25€

Umfasst:

- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten für eine Reise und ein Land und eine Person
- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen und Gesundheitsdaten
- Erstellung einer allgemeinen schriftlichen Prophylaxeempfehlung ohne persönliche Erörterung

Begleitperson für individuelle oder allgemeine Beratung 10€

Zusätzliches Reiseland bei individueller oder allgemeiner Beratung pro Person 10€

Malariaberatung für ein Land pro Person 15€  
jedes weitere Land pro Person 10€

Beratung und Zusammenstellen einer **individuellen** Reiseapotheke 10€

Durchführung von Reiseimpfungen - **beinhaltet nicht die Kosten des Impfstoffes!** 12€

Attest (z.B. über Mitführen medizinischer Ausrüstung oder Medikamenten zur Vorlage bei der Einreisebehörde) 10€

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.

Ort, Datum:

Unterschrift:

**Reisemedizinische Beurteilung:**

**- wird vom Arzt ausgefüllt -**

**Medikamentöse Malariaprophylaxe:**     Ja  Nein     Präparat:

**Malaria-Notfallmedikament (Standby):**     Ja  Nein

**Empfohlene Impfungen:**

Tetanus  Diphtherie  Pertussis  Polio  Grippe/Influenza     Masern/Mumps/Röteln

Pneumokokken  Meningokokken B     Meningokokken ACWY     FSME

Tollwut  Hepatitis A     Hepatitis B  Typhus  Cholera  Jap. Enzephalitis

Gelbfieberimpfung vorgeschrieben / angeraten  Ja  Nein

Merkblatt Mückenschutz

Repellentliste

Merkblatt empfohlene Malariaprophylaxe

Tollwutimpfung WHO Schema

Merkblatt Auslandskrankenversicherung

Merkblatt Reisedurchfall

Merkblatt Backpacking

Merkblatt Kreuzfahrt

Merkblatt Last minute

Merkblatt Reisen im Alter

Ratgeber Reiseapotheke

Ratgeber Kinderreiseapotheke

Ort, Datum

Arztunterschrift