

Andreas Trog
Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen

Name	Vorname		
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort		
geb. am	Gewicht (kg)	Reisezeitraum von	bis

Reiseziel: Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. auf Extrablatt)

- | | | |
|----|-----|-----|
| 1. | von | bis |
| 2. | von | bis |
| 3. | von | bis |

Reisekriterien

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hotel | <input type="checkbox"/> Sonnenbaden | <input type="checkbox"/> Safari | <input type="checkbox"/> Trekking | <input type="checkbox"/> Gerätetauchen |
| <input type="checkbox"/> Einfache Unterkunft | <input type="checkbox"/> Camping | <input type="checkbox"/> Enger Kontakt mit der Bevölkerung / Menschenmengen (Pilgern) | | |
| <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> dienstlich | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Beschwerden

- Ich bin fieberfrei / infektfrei

Neigen Sie zu

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme |
|-------------------------------------|--|--|---|

Allergien / Unverträglichkeiten

- | | | | |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hühnereiweiß | <input type="checkbox"/> Malariamedikamente | <input type="checkbox"/> Impfstoff | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|---|

Frühere / aktuelle / chronische Erkrankungen

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierenschaden | <input type="checkbox"/> Leberschaden | <input type="checkbox"/> Krampfadern (auch i. d. Familie) |
| <input type="checkbox"/> Psychische Störungen | <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Thrombose (auch i. d. Familie) |
| <input type="checkbox"/> Sonnenbrand/-allergie | <input type="checkbox"/> Lichtreaktionen | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Myasthenie |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Ggf. Angaben über

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinderwunsch | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Stillen |
| <input type="checkbox"/> Brille aus Kunststoff | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS):

Impfschutz

- Ein Impfausweis liegt mir nicht vor. Impfausweis vorhanden

.....
Datum

.....
Unterschrift

Vom Arzt auszufüllen

Vorhandener Impfschutz laut Impfausweis/en:

Empfohlene Impfungen

- Abdominaltyphus
- Cholera
- Diphtherie
- FSME
- Gelbfieber
- Grippe
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Jap. Enzephalitis
- Meningokokken
- MMR
- Pertussis
- Pneumokokken
- Polio
- Tetanus
- Thyphus
- Tollwut
- Weitere: _____

Malariaphylaxe

Notfallbehandlung (Standby)

- mit Chloroquin
- mit Mefloquin
- mit Atovaquon + Proguanil

Chemoprophylaxe

- mit Chloroquin
- mit Chloroquin + Proguanil
- mit Mefloquin

Weitere Hinweise
