

Gesundheitszentrum am Denkmal

Praxis für Pädiatrie und Allgemeinmedizin

Weber*-Pinkall*-Mertens-Elbers

Reisemedizinische Gesundheitsberatung*

-Gelbfieberimpfstelle des Landes NRW –

Alt-Haarener-Str. 199, 52080 Aachen

Tel.: 0241/16 42 12 Mail: praxis@weber-pinkall.de

www.gelbfieber.nrw

www.weber-pinkall.de

Reisemedizinische Sprechstunde

- Reisemedizin für die ganze Familie -



Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender, sehr geehrte Eltern,

unser Fragebogen soll Ihnen/euch helfen, die für die reisemedizinische Beratung wichtigen Informationen zusammenzustellen. Diese Informationen bilden die Grundlage für die Erstellung Ihres persönlichen reisemedizinischen Beratungsprofils. Sie ermöglichen uns die Planung von individuell auf Sie/Euch und/oder Ihre Familie abgestimmten, vorbeugenden Maßnahmen.

Bitte faxen/mailen/schicken Sie uns den ausgefüllten Bogen vorab an unsere Praxis (Fax: 0241/16 14 38), und bringen das **Original** zusammen mit **allen Impfbüchern** zum Beratungstermin mit.

Bitte füllen Sie für jedes Reisemitglied einen eigenen Bogen aus.

Im Bedarfsfalle einer **Gelbfieberimpfung** bitten wir Sie den Infobogen zur Gelbfieberimpfung von unserer Website (www.gelbfieber.nrw) ebenfalls herunter zuladen und ausgefüllt mit zum Beratungstermin mitzubringen. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

Hauptversicherter:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Krankenversicherung:

Reiseziel (Land/Länder/Regionen/Städte):

Reisebeginn:

Reisedauer:

Name, Vorname:

1. Medizinische Vorgeschichte:

-Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

-Leiden Sie unter Herzleiden/Herzrhythmusstörungen? Ja Nein

-Sind Krankenhausaufenthalte/Operationen erfolgt? Ja Nein

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

Wenn ja, welche?

-Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Pillen ein? Ja Nein

Wenn ja, welche (Dosierung) ?

-Gab es Unverträglichkeiten von Medikamenten/Impfungen? Ja Nein

Wenn ja, bei welchen Impfungen/Medikamenten?

-Besteht derzeit bei Ihnen eine Schwangerschaft, oder ist zum Zeitpunkt der Reise eine Schwangerschaft gewünscht? entfällt Ja Nein

2. Reisebesonderheiten

berufliche Reise Studienaufenthalt/FSJ/Aupair Urlaubsreise sonstige Reise
(ggf. ausführen)

-Tauchen Ja Nein

Wünsche Sie die Durchführung einer **Tauchtauglichkeitsuntersuchung?** Ja Nein

-Klettern, Höhenaufenthalte über 2000m über NN? Ja Nein

- Safari, Aufenthalt in Regionen fernab von medizinischen Einrichtungen, Nationalparks?
 Ja Nein

-Welchem Reisetyp würden Sie Ihre Reise am ehesten zuordnen?

O Reisetyp I: Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Rucksackreise in das Landesinnere, Kontakt zur einheimischen Bevölkerung, Tätigkeit in Entwicklungshilfe/Gesundheitswesen, Landwirtschaft

O Reisetyp II: Städtereise, ggf. organisierte Reise in das Landesinnere

O Reisetyp III: Aufenthalt überwiegend in Touristenzentren, Großstädten, höherklassigen Hotels

-Sonstige wichtige Mitteilungen an uns: z.B. Reiseroute ,Kreuzfahrt

Name, Vorname:

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, das meine Angaben Grundlage für die Indikationsstellung medizinischer Maßnahmen (Impfungen, Malariaphylaxe, ect.) sind, und das 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. (Abrechnung nach GOÄ-Ziffer 1,3,375,377 /Faktor2,3-3,5 je nach Aufwand,ca. 20-30 € je Beratung und gegebenenfalls ca. 10 € pro Impfung). Diese Rechnung können sie bei Ihrer Krankenkasse zur Erstattung einreichen. Bei einzelnen gesetzlichen Kassen können bestimmte Leistungen auch direkt über die Krankenversichertenkarte abgerechnet werden. (zum Beispiel übernehmen die TK und die AOK viele Impfungen und auch die dazugehörigen Impfstoffe). Wir suchen den für Sie günstigsten Weg.

Datenschutzerklärung: Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden zum Zweck Ihrer reisemedizinischen Beratung in unserer Praxis verwendet und gespeichert.

Datum:

Unterschrift der/des Reisenden/Erziehungsberechtigten

3. Bitte notieren Sie hier ihre bisherigen Impfungen:

Impfungen :	Datum:	letzte Impfung	vorletzte Impfung	3.letzte Impfung
Tetanus				
Diphtherie				
Pertussis(Keuchhusten)				
Polio (Kinderlähmung)				
Masern/Mumps				
Röteln				
Varizellen(Windpocken)				
Hepatitis B				
Hepatitis A				
Meningokokken				
Pneumokokken				
Gelbfieber ?				

Reisemedizinische Beurteilung:

-wird vom Arzt ausgefüllt-

1. Medikamentöse Malariaphylaxe:

Ja Nein Präparat:

2. Malaria-Notfallmedikament (Standby):

Ja Nein

3. Empfohlene Impfungen:

Tetanus

Masern/Mumps/Röteln

Jap. Enzephalitis

Diphtherie

Grippe/Influenza

Peumokokken

Keuchhusten

Meningokokken ACWY

Meningokokken B

Polio

Tollwut

Cholera

Hepatitis A

Typhus

Sonstiges:

Hepatitis B

FSME (Zecken-Encephalitis)

Gelbfieberimpfung vorgeschrieben / angeraten

Ja Nein

Datum:

Arztunterschrift