

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Tropen- und Reisemedizinische Beratung Freiburg

Häge 20
79111 Freiburg

Fragebogen zur reisemedizinischen Beratung

Zur Person männlich weiblich Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____

Reiseländer: _____

Reiseziele: _____

(möglichst genaue
Reiseroute)

Abreisedatum: _____ **Reisedauer:** _____

Reiseart: Hotel Trekking Camping Beruflich

Sport: Tauchen Hochgebirge Sonstige: _____

Vorerkrankungen:

Allergie hoher Blutdruck Asthma Herzkrankheit Diabetes

Depression Krampfleiden Thrombose

sonstige: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Muss mit einer Schwangerschaft gerechnet werden oder besteht eine?

nein Schwangerschaft ist möglich ja, Woche: _____

Bereits erfolgte Impfungen mit Impfstoff und Impfdatum (soweit bekannt):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Typhus |
| <input type="checkbox"/> Masern, Mumps, Röteln | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Tollwut | <input type="checkbox"/> Japan. Enzephalitis |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY | <input type="checkbox"/> FSME |

Weitere Impfungen: _____

Bemerkungen und Fragen, Details zu Ihrer Reiseroute oder eine Kopie Ihres Impfpasses können Sie uns gerne auf einem separaten Blatt zusenden.

Zusendung der Beratung bitte per: Postbrief E-Mail Fax

Die ärztliche Beratung wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Die Gebühren finden Sie unter <http://www.tropenmedizin.de/beratung.htm>.

Die Gebühr überweise ich direkt nach Erhalt der Beratung auf das Konto der TRBF.

Bitte buchen Sie die Gebühr von meinem Konto ab:

IBAN: _____ Bank: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____