

## Anamnesebogen Reisemedizin

### Teil 1 – Persönliche Daten und Reisedaten

**Bitte vor jeder Reiseberatung und/oder Impfung ausfüllen ( in Druckschrift ) und dem Arzt übergeben.**

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Straße/Hausnummer:			PLZ/Wohnort:		
E-Mail:			Telefonnummer/Mobil:		
Reisebeginn:			Rückkehr nach Hause:		
Zielland, Zielregion und Zielort mit Angabe der Unterkunft:			Ankunftsdatum:		Reisebedingung ( Bitte 1,2 oder 3 eintragen / siehe Legende unten)
<u>Reisebedingung 1:</u> Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen: Rucksack- oder Trekkingreise, Individualreise mit Unterbringung in einfachen Quartieren / Camping, anzunehmender Kontakt zur örtlichen Bevölkerung; ausgeübte Tätigkeit im Bereich Entwicklungshilfe, im Erziehungs- oder Gesundheitswesen, sowie im Bereich Land- und Fortwirtschaft		<u>Reisebedingung 2:</u> Aufenthalt in Städten, touristischen Zentren, mit organisierten Ausflügen ins Landesinnere, Rundreisen, Hotels mittlerer/gehobener Standard, Pauschalreise.		<u>Reisebedingung 3:</u> Aufenthalt überwiegend bis ausschließlich in Großstädten, Touristikzentren, Hotels haben gehobenen/europäischen Standard.	
Sind Ihnen die Bedingungen am Reiseort bekannt? (z.B. Gesundheitsversorgung, Notfallrufnummern, Wasser- und Nahrungsmittelversorgung, ...)  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein  Haben Sie eine gültige Auslandskrankenversicherung?  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		Wie ist Ihre Reiseerfahrung für solche Ziele / solche Reisen?  <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> viel  Eigene Anmerkungen:		Geplante Aktivitäten:  <input type="radio"/> Tauchen / Schnorchel <input type="radio"/> Bergsteigen <input type="radio"/> Höhengaufenthalt <input type="radio"/> Wüstentour <input type="radio"/> Regenwaldtour Eigene Anmerkungen:	

## Anamnesebogen Reisemedizin

### Teil 2 – Vorerkrankungen und medizinische Befunde

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

	bitte ankreuzen	
	Ja	Nein
Fühlen Sie sich aktuell gesund?		
Leiden Sie <b>derzeit</b> an einer <b>akuten Erkrankung</b> ? Wenn ja, bitte erläutern:		
Nehmen Sie <b>derzeit Medikamente</b> ein? Wenn ja, bitte um Aufzählung inkl. Dosis und Dosierung:		
Besteht eine <b>Dauermedikation (regelmäßige Medikamenteneinnahme)</b> ? Wenn ja, bitte um Aufzählung inkl. Dosis und Dosierung:		
Bestehen bei Ihnen <b>chronische Erkrankungen</b> ? Wenn ja, welche?		
Sind bei Ihnen in der Vergangenheit <b>psychische Erkrankungen oder Krampfanfälle (Anfallsleiden)</b> aufgetreten? Wenn ja, bitte erläutern:		
Besteht bei Ihnen eine <b>Hühnereiweißallergie oder –unverträglichkeit</b> ?		
Besteht eine andere <b>Allergie</b> ? Wenn ja, bitte erläutern:		
Sind bei Ihnen <b>Unverträglichkeiten/Allergien gegen Medikamente oder Impfungen</b> bekannt? Wenn ja, bitte erläutern:		
Haben Sie in den <b>letzten vier Wochen Impfungen</b> erhalten? Wenn ja, bitte erläutern:		

Wurde Sie in den <b>letzten vier Wochen medizinisch behandelt</b> (inkl. Operationen)? Wenn ja, bitte erläutern:		
Haben Sie in den <b>letzten drei Monaten</b> Therapien erhalten, die stark auf das <b>Immunsystem</b> einwirken können (z.B. Kortison, Immunsuppressiva, Bestrahlungen, Chemotherapien, oder ähnliches)? Wenn ja, bitte erläutern:		
Haben Sie in den <b>letzten drei Monaten Blut, Blutbestandteile oder Immunglobuline</b> erhalten? Wenn ja, bitte erläutern:		
Sind anlässlich einer Impfung, Injektion oder Blutentnahme Schwäche- oder Ohnmachtszustände aufgetreten?		
Bestehen weitere Gesundheitseinschränkungen, nach denen Sie bisher noch nicht gefragt wurden? Wenn ja, bitte erläutern:		
<u>Bei Frauen:</u> Besteht eine <b>Schwangerschaft</b> oder <b>stillen</b> Sie? Wenn ja, bitte Angabe der Schwangerschaftswoche und Auskunft über mögliche Komplikationen: <b>Bitte bringen Sie zum Beratungstermin Ihren Mutterpass mit!</b>		
Haben Sie in Ihrem Leben schon mal eine <b>Gelbfieberimpfung</b> erhalten?		

Wann war Ihre letzte Impfung gegen:		
Tetanus:	Diphtherie:	Polio:

**Hinweise im Vorfeld vor Ihrem individuellen reisemedizinischen Beratungstermin:**

Bitte beachten Sie, dass eine individuelle Reiseberatung und ggf. Reiseimpfungen keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Sie werden deshalb eine Privatrechnung erhalten. Sollten Sie Fragen diesbezüglich haben, zögern Sie bitte nicht uns zu kontaktieren.

Bitte lassen Sie uns diesen Fragebogen einige Tage vor Ihrem Beratungs- oder Impftermin zukommen – per Mail ([notfallambulanz@medicare-munich-airport.de](mailto:notfallambulanz@medicare-munich-airport.de)), über den Postweg oder kommen Sie einfach persönlich vorbei.

Bitte bringen Sie zum Beratungstermin alle Impfausweise mit, selbst wenn diese alt sind.

Denken Sie daran frühzeitig vor Reiseantritt einen Beratungstermin zu vereinbaren (spätestens fünf Wochen vor der geplanten Reise).

**Nach erfolgter Impfung:**

Bitte warten Sie ca. **15** min, ehe Sie unsere Einrichtung verlassen. Schonen Sie sich die nächsten Tage nach der Impfung.

**Kosten:**

Über die anfallenden Kosten werden Sie separat informiert. Die Preise werden nach der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet.

Alle Preise verstehen sich exklusive der Kosten für die Impfstoffe, die Sie zusätzlich bezahlen müssen. Viele gesetzliche Krankenkassen erstatten ihren Versicherten die Kosten für Impfungen und die Malariaprophylaxe für den privaten Auslandsurlaub. Eine Übersicht hierzu erhalten Sie auf der Internetseite des Centrums für Reisemedizin:

[http://crm.de/krankenkassen/kk\\_tabelle\\_kassen.htm](http://crm.de/krankenkassen/kk_tabelle_kassen.htm)

Bitte beachten Sie aber, dass Impfungen abhängig vom jeweiligen Reiseland empfohlen und erstattet werden. Aus diesem Grund raten wir Ihnen, dass Sie sich individuell für Ihr Reiseziel bei Ihrer Krankenkasse informieren sollten.

**Bestätigung und Einverständniserklärung:**

Die oben angeführten Hinweise habe ich gelesen und verstanden.

Ich versichere die Angaben zu meiner Gesundheit und meiner Reiseplanung, sowie zu meiner Person nach bestem Wissen getätigt zu haben. Mir ist bewusst, dass diese Angaben Grundlage für Indikationsstellungen von medizinischen Maßnahmen sind, sowie, dass fehlerhafte Angaben die Qualität der reisemedizinischen Versorgung und Beratung beeinträchtigen können.

Des Weiteren bin ich mit einer privatärztlichen Rechnungsstellung einverstanden.

Mir ist bewusst, dass anfallende Kosten exklusive der Kosten für Impfstoffe sind.

Ich stimme ausdrücklich einer Impfung bei reisemedizinischer Indikation zu. Bezüglich der Gelbfieberimpfung erfolgt eine separate Aufklärung und Zustimmung. Sollte ich Fragen haben, so kann ich sie bei meinem Impftermin, oder bereits im Vorfeld schriftlich stellen.

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen Unterschrift <b>aller</b> Erziehungsberechtigten)