

Fragebogen für Reisemedizinische Beratung

Tropeninstitut Berlin - Spandauer Damm 130 - 14050 Berlin
Tel. 030-301166 - Fax 030-30116-888

Bitte dieses Formular ausdrucken und faxen!

Adresse

Name	Vorname
Straße	PLZ/Stadt
eMail	

Persönliche Angaben

Beruf	Geschlecht	Alter (J.)	Gewicht(kg)
-------	------------	------------	-------------

Reisedaten

Reiseziele			
Abreisedatum		Reisedauer	
Reiseziele			
☐ Städte	☐ Strand	☐ Ländliche Regionen	☐ Gebirge
Organisation			
☐ Organisiert	☐ Auf eigene Faust	☐ Abenteuerurlaub	

Geplante Aktivitäten

☐ Tauchen	☐ Bergsteigen
☐ sonstiges	

Vorgeschichte

Aktuelle Medikamenteneinnahme	☐ nein	
Bekannte Medikamentenunverträglichkeiten	☐ nein	
Allergien	☐ nein	
Akute/chronische Grunderkrankungen	☐ nein	
Schwangerschaft	☐ nein	☐ ja ☐ geplant (nächste 3 Mon.)

Impfungen

Impfung	Datum	Datum	Datum
Tetanus			
Diphtherie			
Pertussis			
Poliomyelitis			
Gelbfieber			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Typhus			
Sonstige:			
Ich habe in den letzten 10 Jahren <u>keine</u> Impfung erhalten			☐ richtig
Ich besitze <u>keine</u> schriftlichen Impfunterlagen (Impfbuch)			☐ richtig

Ich bitte um Zusendung einer persönlichen auf mich zugeschnittenen reisemedizinischen Beratung inklusive einer Malariaphylaxe-Empfehlung gemäß den oben von mir gemachten Angaben. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass mir hierfür eine Beratungsgebühr in Höhe von 14,00 € in Rechnung gestellt wird.

Datenschutzhinweis: Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, werden nur für die reisemedizinische Beratung verwendet. Es werden keine Daten, auch nicht anonymisiert, an Dritte weitergegeben. Es handelt sich bei den Angaben auf dem Fragebogen um freiwillige Angaben. Je mehr Informationen wir aber von Ihnen erhalten, desto besser kann die Beratung auf Sie individuell abgestimmt werden. Das Beratungsdokument wird per Post an Sie versandt.

Ort, Datum, Unterschrift
