

Reisemedizinischer Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich: weiblich: divers:

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Tel.: _____

E-Mailadresse: _____

Reisespezifische Anamnese

Reiseziel _____

Reisebeginn _____

Reisedauer _____

Um welche Art Reise handelt es sich

Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Individual- oder Rucksackreisen in das Landesinnere, Radtour, Kontakt zur örtlichen Bevölkerung, Entwicklungshilfe, Erziehungs- und Gesundheitswesen

Aufenthalt überwiegend in Städten, organisierte Reisen in das Landesinnere

Aufenthalt überwiegend in touristischen Zentren, Großstädten, Flughäfen, höherklassigen Hotels und klimatisierten Räumen

Badeurlaub Sporturlaub (Sportart _____)

Rundreise Trekking-Tour (Höhe _____)

Geschäftsreise Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Erstellt von: Dr. Galler	Freigegeben von: QMB	Version: 2
Erstellt am: 11.11.2022	Freigegeben am: 11.11.2022	Seite 1 von 2

Bestehen Vorerkrankungen?

- | | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Gelenk Rheuma | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | HIV/Hepatitis B/C | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Leberentzündung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Asthma | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Herz- Krankheit/ -Infarkt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheit | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Harnsäurestoffwechsel-
störung (Gicht) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Allergien?

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Hatten Sie in der Vergangenheit unerwünschte Impfreaktionen oder unerwünschte Reaktionen bei einer Malariaprophylaxe?

Wenn ja, welche _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Datum, Ort

Unterschrift

Erstellt von: Dr. Galler	Freigegeben von: QMB	Version: 2
Erstellt am: 11.11.2022	Freigegeben am: 11.11.2022	Seite 2 von 2