

**Anamnesebogen Reisemedizin**

**Patient** .....  
 Name ..... Vorname ..... geb. ....

**Anschrift:** .....  
 Straße ..... Hausnummer ..... Postleitzahl ..... Wohnort .....

**Tel. (Privat):** ..... **E-Mail:** .....

**Mobil:** ..... **Beruf:** .....

Reisedaten:	Ankunft	TT/M/M/JJ	Reisebedingungen 1/2/3*
Reiseländer			
Rückkehr			

- 1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels, Campingurlaub.\*
- 2 Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten ) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in mittleren und gehobenen Standards.\*
- 3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards.\*

**Art der Reise**    **Badeurlaub**    \_\_\_    **Sporturlaub**    \_\_\_    (Sportart.....)  
                          **Rundreise**    \_\_\_    **Trekking Tour**    \_\_\_    (Höhe.....)  
                          **Geschäftsreise**    \_\_\_    **Langzeitaufenthalt**    \_\_\_    (länger als 6 Wochen)  
                          **Besonderheiten (Tierkontakte etc)** .....

**Anamnese**

- 1 Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_  
 Wenn ja, welche Art von Beschwerden liegen vor?
  
- 2 Besteht eine Hühnereiweißallergie/unverträglichkeit? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_
  
- 3 Besteht eine andere Allergie? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_  
 Wenn ja, welche?
  
- 4 Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_  
 Wenn ja, welche?
  
- 5 Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

6 Leiden/Litten Sie oder Familienmitglieder unter Nervenkrankheiten oder an ein Anfallsleiden?

Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

7 Leiden/Litten Sie an einer chronischen Krankheit?

Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Bösartigen Erkrankung?

Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, welche?

8 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

9 Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen durchgeführt?

Wenn ja, welche ?

10 Bei Frauen besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?

Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das unbedingt mit.

Vielen herzlichen Dank!

---

**Datum, Unterschrift**