

## Fragebogen zur Reiseberatung

*Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen VOR Ihrem reisemedizinischen Beratungsgespräch bei uns aus und senden Sie uns diesen, zusammen mit möglichen Reiserouten und der Kopie Ihres Impfausweises mindestens 7 Tage VOARB per Post oder Email zu. Vielen Dank!*

### **Angaben zur Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/ Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

weiblich     männlich

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

1. Reiseziel(e)/ genauen Reiseverlauf, ggf. Transitländer (gern genaue Routenbeschreibung als Kopie beifügen):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Reisebeginn: \_\_\_\_\_

3. Reisedauer: \_\_\_\_\_

4. Reisebedingungen: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Reisen unter einfachen Bedingungen (Rucksack- / Trekkingreise)
- einfache Quartiere/ Hotels; Camping-Reisen, Langzeitaufenthalte, praktische Tätigkeit im Gesundheits- oder Sozialwesen, enger Kontakt zur einheimischen Bevölkerung
- Aufenthalt in Städten/ touristischen Zentren, Pauschalreise

5. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

- Nein       Ja welche \_\_\_\_\_

6. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Wenn ja welche?

---

---

---

---

7. Sind Allergien bekannt (z.B. Hühnereiweißallergie)? Haben Sie mal auf eine Impfung reagiert?

---

---

8. Besteht eine Schwangerschaft oder ist in den kommenden Monaten eine geplant?  nein       ja

9. Litten Sie unter Thrombosen in der Vergangenheit bzw. erhöhte Thromboseneigung ?  nein       ja

**Kosten:**

Mir ist bekannt, dass die Kosten für reisemedizinische Leistungen (Beratung, Untersuchung, Impfungen, Impfstoffe) nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung.

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis Berliner Allee zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift