**Gemeinschaftspraxis Stecknitz**
**Dr. med. A. Kropp, M. Magiera und Dr. med. T. Pelster eGbR**
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Lange Reihe 16, 23628 Krummesse
Tel.: 04508-7377 Fax: 04508-7255
Email: info@gemeinschaftspraxis-stecknitz.de

# Fragebogen zur reisemedizinischen Beratung

## 1. Persönliche Angaben

| | |
|---|---|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Geschlecht | ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers |
| Größe / Gewicht | |
| Telefon / E-Mail | |

Bei Beratung mehrerer Personen (z. B. Paar, Reisegruppe): bitte für jede Person einen eigenen Bogen ausfüllen.

## 2. Reiseplanung

| | |
|---|---|
| Reiseland / Reiseländer (in Reihenfolge der Route) | |
| Regionen / Städte / Inseln | |
| Abreisedatum | |
| Rückreisedatum / Aufenthaltsdauer | |
| Zwischenstopps / Transit (Land, Dauer) | |
| Reisezweck | ☐ Urlaub ☐ Beruf ☐ Besuch von Freunden/Verwandten ☐ Freiwilligendienst/Auslandsaufenthalt ☐ Studium/Praktikum ☐ Sonstiges: _____ |
| Reiseart | ☐ Pauschalreise ☐ Individualreise ☐ Rucksack/Trekking ☐ Kreuzfahrt ☐ Expedition ☐ Sonstiges: _____ |
| Reisebegleitung | ☐ allein ☐ Partner/in ☐ Gruppe |

## 3. Reisebedingungen

| | |
|---|---|
| Unterkunft (Mehrfachnennung möglich) | ☐ Hotel mit westlichem Standard ☐ einfaches Hotel / Gästehaus ☐ Privatunterkunft ☐ Camping / Zelt ☐ Schiff ☐ Sonstiges: _____ |
| Verpflegung | ☐ Hotel / Restaurant ☐ Selbstversorgung ☐ Straßenessen / lokale Küche ☐ Sonstiges: _____ |
| Aufenthaltsort | ☐ ausschließlich Großstädte / Touristenzentren ☐ ländliche Gebiete ☐ Regenwald / Busch / Savanne ☐ Höhenlagen über 2.500 m (Höhe: _____ m) |
| Geplante Aktivitäten (Mehrfachnennung möglich) | ☐ Strandurlaub ☐ Baden in Süßwasser (Seen, Flüsse) ☐ Tauchen / Schnorcheln ☐ Wandern / Trekking ☐ Bergsteigen ☐ Safari ☐ Höhlenbesuche ☐ Kontakt mit Tieren (Streunerhunde, Affen, Fledermäuse) ☐ Besuch von Märkten / Großveranstaltungen / Pilgerreise ☐ Tätigkeit im Gesundheitswesen ☐ Sonstiges: _____ |

## 4. Aktuelle Gesundheit

| Frage | ja | nein |
|---|---|---|
| Fühlen Sie sich derzeit gesund? | ☐ | ☐ |
| Akute Erkrankung / Fieber in den letzten 4 Wochen? | ☐ | ☐ |
| Erhielten Sie in den letzten 4 Wochen Impfungen? | ☐ | ☐ |
| Erhielten Sie in den letzten 3 Monaten Immunglobuline oder Bluttransfusionen? | ☐ | ☐ |
| Sind Sie schwanger oder planen Sie eine Schwangerschaft? | ☐ | ☐ |
| Stillen Sie? | ☐ | ☐ |

## 5. Vorerkrankungen

| Erkrankung | ja | nein | Anmerkung |
|---|---|---|---|
| Herz-Kreislauf-Erkrankung, Bluthochdruck | ☐ | ☐ | |
| Thrombose / Embolie | ☐ | ☐ | |
| Lungenerkrankung (Asthma, COPD) | ☐ | ☐ | |
| Diabetes mellitus | ☐ | ☐ | |
| Nieren- oder Lebererkrankung | ☐ | ☐ | |
| Magen-Darm-Erkrankung (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) | ☐ | ☐ | |
| Schilddrüsenerkrankung | ☐ | ☐ | |
| Nerven- oder Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) | ☐ | ☐ | |
| Psychische Erkrankung (z. B. Depression, Angststörung) | ☐ | ☐ | |
| Blutgerinnungsstörung | ☐ | ☐ | |
| Erkrankung oder Entfernung der Milz | ☐ | ☐ | |
| Thymusdrüsenerkrankung / Thymusentfernung (Operationen am Brustbein, Speiseröhre) | ☐ | ☐ | |
| Autoimmunerkrankung | ☐ | ☐ | |
| Tumorerkrankung / Chemo- oder Strahlentherapie | ☐ | ☐ | |
| HIV-Infektion oder andere Immunschwäche | ☐ | ☐ | |
| Organtransplantation | ☐ | ☐ | |
| Hepatitis / Gelbsucht | ☐ | ☐ | |
| Tuberkulose | ☐ | ☐ | |
| Malaria oder andere Tropenkrankheit | ☐ | ☐ | |
| Sonstige chronische Erkrankungen | ☐ | ☐ | |

## 6. Medikamente und Allergien

**Dauermedikation** (bitte auch pflanzliche Mittel und Nahrungsergänzungsmittel angeben)

| Medikament | Dosierung | Grund der Einnahme |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Besonders wichtig: Blutverdünner, Immunsuppressiva, Kortison, Antidepressiva, Antiepileptika, Hormonpräparate / Pille.

**Allergien und Unverträglichkeiten**

| Frage | ja | nein | welche / Reaktion |
|---|---|---|---|
| Medikamentenallergie (z. B. Antibiotika) | ☐ | ☐ | |
| Hühnereiweiß-Allergie | ☐ | ☐ | |
| Latex-Allergie | ☐ | ☐ | |
| Allergie gegen Impfstoffbestandteile (z. B. Neomycin, Gelatine) | ☐ | ☐ | |
| Schwere allergische Reaktion (Anaphylaxie) | ☐ | ☐ | |
| Nahrungsmittelallergien / Unverträglichkeiten | ☐ | ☐ | |
| Starke Reaktion auf eine frühere Impfung | ☐ | ☐ | |

## 7. Reiseerfahrung

| | |
|---|---|
| Frühere Reisen in (sub-)tropische Länder? | ☐ ja ☐ nein Wohin / wann: _____ |
| Gesundheitsprobleme auf früheren Reisen (z. B. Durchfall, Fieber, Höhenkrankheit, Reisekrankheit)? | ☐ ja ☐ nein Welche: _____ |
| Frühere Malariaprophylaxe? | ☐ ja ☐ nein Präparat / Verträglichkeit: _____ |
| Längere Aufenthalte (> 3 Monate) in Tropen oder Subtropen? | ☐ ja ☐ nein Wo / wann: _____ |
| Geburtsland (falls nicht Deutschland) | |

## 8. Impfstatus

Bitte Impfpass mitbringen. Die Angaben dienen der Vorbereitung; maßgeblich ist der Impfpass.

| Impfung | Letzte Impfung (Jahr) | Anzahl Dosen | Unbekannt |
|---|---|---|---|
| **Von der STIKO empfohlene Impfungen** | | | |
| **Tetanus** | | | ☐ |
| **Diphtherie** | | | ☐ |
| **Pertussis (Keuchhusten)** | | | ☐ |
| **Poliomyelitis (Kinderlähmung)** | | | ☐ |
| **Masern / Mumps / Röteln** | | | ☐ |
| **Influenza** | | | ☐ |
| **COVID-19** | | | ☐ |
| **Pneumokokken** | | | ☐ |
| **Herpes zoster (Gürtelrose)** | | | ☐ |
| **RSV** | | | ☐ |
| **HPV** | | | ☐ |
| | | | |

| Impfung | Letzte Impfung (Jahr) | Anzahl Dosen | Unbekannt |
|---|---|---|---|
| **Weitere Impfungen für das Reiseland** | | | |
| **Hepatitis A** | | | ☐ |
| **Hepatitis B** | | | ☐ |
| **Typhus** | | | ☐ |
| **Gelbfieber** | | | ☐ |
| **Tollwut** | | | ☐ |
| **Japanische Enzephalitis** | | | ☐ |
| **FSME** | | | ☐ |
| **Meningokokken ACWY** | | | ☐ |
| **Meningokokken B** | | | ☐ |
| **Cholera** | | | ☐ |
| **Dengue** | | | ☐ |
| **Chikungunya** | | | ☐ |
| **Sonstige: _____** | | | ☐ |

Impfpass vorhanden? ☐ ja ☐ nein (dann ggf. Titerbestimmung sinnvoll)

## 9. Wünsche und Fragen

Was ist Ihnen für die Beratung besonders wichtig? (z. B. Malariaprophylaxe, Mückenschutz, Reiseapotheke, Reisedurchfall, Höhenanpassung, Reisen mit Vorerkrankung, Reiserücktritt/Rücktransport)

## 10. Einwilligung und Kostenhinweis

☐ Ich habe die Angaben nach bestem Wissen gemacht und bin mit der Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zum Zweck der Beratung einverstanden.

☐ Mir ist bekannt, dass reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen in der Regel nicht Teil der Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen sind. Einzelne Krankenkassen erstatten freiwillig Kosten (bitte vorab bei der eigenen Kasse erfragen).

☐ Ich bin über die zusätzlich anfallenden Kosten für Impfstoffe und Medikamente informiert.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____