

## Reisemedizinische Beratung

### Persönliche Daten

Vorname	Nachname
Adresse	
PLZ	Ort
Telefon	Telefax
E-Mail-Adresse	
Die Angabe Ihrer E-Mail-Adresse ist freiwillig. Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse angeben, erklären Sie sich einverstanden, dass wir Sie auch per E-Mail kontaktieren dürfen.	
Geschlecht	Alter

### Reise-Fragebogen

Reiseländer / Reiseziele / Stationen der Rundreise			
Abreisedatum		Reisedauer	
Art der Reise <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Trekking <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> Beruflich			
Sport <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Tauchen <input type="checkbox"/> Hochgebirge / Bergsteigen <input type="checkbox"/> sonstiger:			
Vorerkrankungen <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Krampfleiden / Epilepsie <input type="checkbox"/> Thrombose(neigung)
<input type="checkbox"/> sonstige:			
Regelmäßige Medikamente			
Könnten Sie schwanger sein oder sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schwangerschaft ist möglich <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche:			

**Bereits erfolgte Impfungen nach RKI-Empfehlung (STIKO) Impfkalender\*:**

<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> Tollwut	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig
<input type="checkbox"/> Pertussis	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> Masern-Mumps- Röteln	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig
<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> FSME	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig
<input type="checkbox"/> Gelbfieber	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> SARS CoV-2	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> sonstige Impfungen (bitte angeben, ob vollständig oder unvollständig)	
Sonstige Impfungen:			

**Spezielle Informationswünsche bitte ankreuzen**

Thema	telefonische Beratung	Informations- material	keine Information
Relevante bzw. empfohlene Impfungen			
Erkrankungen im Reiseland			
Malaria			
Malariaprophylaxe			
Medikamenteninformation zur Malariaprophylaxe			
Mückenschutz			
Gelbfieberimpfstellen			
Reiseapotheke			
Reise mit Kindern			
Weitere Wünsche / Sonstiges			
Bitte wählen Sie aus, wie Sie Ihre Beratungsunterlagen erhalten möchten			
<input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> nicht gewünscht			

Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt:

Die Beratung erfolgte durch <input type="checkbox"/> Dr. Kastner <input type="checkbox"/> Dr. Michl <input type="checkbox"/> Dr. Podbielski <input type="checkbox"/>
--

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte an: Landratsamt Dillingen a.d.Donau  
Fachbereich Gesundheit  
Große Allee 24  
89407 Dillingen a.d.Donau