

Reisemedizin Dr. med. Thorsten Johannsen

Gewerbeschulstr. 13, 42289 Wuppertal Tel.: +49 202 552226 Fax +49 202 553948

info@gyn-wuppertal.de www.gyn-wuppertal.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung Gelbfieberimpfstelle Tauchtauglichkeitsuntersuchung

Name _____

Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

geb. am _____

Gewicht (kg) _____

Reisezeitraum von _____

bis _____

Reiseziel: Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. auf Extrablatt)

Reisekriterien

- Hotel Sonnenbaden Safari Trekking Gerätetauchen
 Enger Kontakt m. d. Bevölkerung Einfache Unterkunft
 privat dienstlich Sonstiges: _____

Frühere Erkrankungen

- Masern Hepatitis A Hepatitis B

Beschwerden

- Ich bin gesund (keine Beschwerden). Ich habe folgende Beschwerden: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten?

- Hühnereiweiß Malariamedikamente Impfstoffe Sonstiges: _____

Aktuelle/chronische Erkrankungen

- Diabetes Nierenschaden Leberschaden Krampfadern/Thrombosen (auch i. d. Familie) Epilepsie
 Nervenkrankheiten Psychische Störungen Sonnenbrand/-allergie Lichtreaktionen Psoriasis
 Porphyrie Myasthenie

Ggf. Angaben über

- Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen Schwangerschaft(swunsch)
 Stillen Antikonzeptiva Brillengläser aus Kunststoff Sonstiges: _____

Einnahme von Medikamenten

- Ich nehme keine Medikamente ein. Ich nehme: _____

Impfschutz

- Ein Impfausweis liegt mir nicht vor.
 Vorhandener Impfschutz laut Impfausweis/en (pro Kästchen 1 Impftermin, tragen Sie bitte jeweils die letzte/n Impfung/en ein)

	letzte Impfung	vorletzte Impfung	drittletzte Impfung		letzte Impfung	vorletzte Impfung
Diphtherie				Cholera		
Tetanus				Grippe		
Hepatitis A				Masern		
Hepatitis B				Pertussis		
Tollwut				Typhus		
FSME				Gelbfieber		
Japan-Enzephalitis				Meningokokken- Erkrankung		
Polio				Pneumokokken- Erkrankung		

Ich bitte um eine/einen

- reisemedizinische Gesundheitsberatung Malariaberatung
 internationalen Impfausweis
 Übertragung von Vorimpfungen in neuen Ausweis folgende Impfungen: _____

Ich bitte zusätzlich um

- kassenärztliche privatärztliche Behandlung wegen: _____

Ort _____, den _____ Datum

Unterschrift _____