

### Fragebogen Reisemedizin

Christine Brunner-Edrich / Dr. med. Catharina Pukelsheim  
Hauptstr. 13, 86391 Stadtbergen

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Reiseziel: \_\_\_\_\_

Abreise: \_\_\_\_\_ Rückkunft: \_\_\_\_\_

Reiseart (Badeurlaub, Geschäftsreise .....): \_\_\_\_\_

#### Nehmen Sie Medikamente ein?

Medikament	Dosierung

#### Haben Sie chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Hochdruck.....)?

\_\_\_\_\_

#### Ist eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Thrombose, Nervenleiden, Allergie (Hühnereiweiß.....)

\_\_\_\_\_

**Schwangerschaft:** Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

*Ich wurde darüber informiert, dass die reisemedizinische Beratung, Impfungen und notwendige Impfstoffe Selbstzahlerleistungen sind.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Erstellt am: 07.01.2025

Erstellt durch: D.Agut

Speicherplatz: Formulare intern/Fragebogen Reisemedizin

Freigegeben am: 08.01.2025

Freigegeben durch: C. Brunner-Edrich

Version: 04 Stand: 01/2025