

Checkliste Reisemedizinische Beratung

Angaben zur Personen
(Angaben des Reisenden)

Datum: _____

| | |
|---|-------------------------|
| Name, Vorname | |
| Anschrift | |
| Alter | |
| Reiseland | |
| Region, Städte, Reiseroute | |
| Reisedauer Wieviele Wochen? Abreisedatum? | |
| Reisestil | |
| Welche Aktivitäten sind geplant? Tauchen? Bergsteigen? | |
| Reiseunterkunft Hotel? Selbstunterkunft? Zelt/Natur? | |
| Bestehen derzeit chronische oder akute Erkrankungen? | |
| Medikamente Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Wenn ja, welche? | |
| Unverträglichkeiten Wenn ja, welche | |
| Allergien? Wenn ja, welche? Hühnereiweißallergie? | Ja / Nein |
| Schwangerschaft | Ja (welche SSW?) / Nein |
| Impfungen? Wann? Welche? | |

Malaria**Empfehlung**(Angaben des
Arztes)

| | |
|---|--|
| Medikament | |
| Chemoprophylaxe Dosierungsangabe; Erster Tag der Einnahme? Letzter Tag der Einnahme? | |
| Notfallmedikation Dosierungsangabe; Aufklärung | |
| Expositionsprophylaxe | |
| Empfehlungen zum Mückenschutz | |

Impfempfehlung

(Angaben des Arztes)

| | |
|-------------------------------|--|
| Empfohlene Impfungen | |
| Impfplan / Impftermine | |
| Hinweis zu Auffrischimpfungen | |

Wir wünschen Ihnen eine gute Reise!**Ihr Praxis- Team des AVZ**