



Dr. med. Dominik Neukirch
Facharzt für Allgemeinmedizin
Notfallmedizin, Palliativmedizin

Schulstraße 1a
87477 Sulzberg

Tel. 08376/8566
Fax 08376/976578

info@hausarzt-neukirch.de
www.hausarzt-neukirch.de

Anamnesebogen zur Reiseberatung

Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine umfassende und möglichst auf Sie zugeschnittene Reiseberatung durchführen zu können, bitten wir Sie diesen Anamnesebogen auszufüllen und möglichst frühzeitig zusammen mit Ihrem Impfpass vor dem Termin in der Praxis abzugeben.

1.) Name: _____ Geb.-Datum: _____

2.) Reiseziel(e) (bitte auch die bereisten Regionen mit Dauer des jeweiligen Aufenthaltes angeben, auch an Transitländer denken):

3.) Reisebeginn: _____

4.) Reisedauer: _____

5.) Mitreisende allein Partner Kinder Gruppenreise

6.) Formen der Unterkunft: Hotel Jugendherberge/Hostel Zelt Schiff

7.) Reiseform: Aufenthalt in Großstädten, Touristikzentren Strand/Küstenregion

enger Kontakt zur dortigen Bevölkerung Rucksackreise

Sporturlaub (Tauchen, Segeln, Bergsteigen): _____

8.) Verkehrsmittel: Bahn Auto Flugzeug Bus Schiff

9.) Nehmen Sie aktuell Medikamente ein ? Wenn ja welche ?

10.) Allergien bekannt (besonders auch Hühnereiweißallergie) ?



Dr. med. Dominik Neukirch
Facharzt für Allgemeinmedizin
Notfallmedizin, Palliativmedizin

Schulstraße 1a
87477 Sulzberg

Tel. 08376/8566
Fax 08376/976578

info@hausarzt-neukirch.de
www.hausarzt-neukirch.de

11.) Übermäßige Reaktion auf Impfungen in der Vergangenheit ? : nein ja, auf: _____

12.) Haben Sie in den letzten 6 Wochen Impfungen erhalten ? nein ja: _____

13.) Besteht eine Schwangerschaft oder ist in den kommenden Monaten eine geplant ? nein ja

14.) Leiden Sie derzeit an akuten bzw. chronischen Erkrankungen ? nein ja:

15.) Thrombosen in der Vergangenheit bzw. erhöhte Thromboseneigung ? nein ja

Mir ist bekannt, dass die Kosten für reisemedizinische Leistungen (Beratung, Untersuchung, Impfungen, Impfstoffe) nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(Ort, Datum)

(Unterschrift)