

Gemeinschaftspraxis	Anmeldung zur Reiseimpfung	Qualitätsmanagementhandbuch
Dr. Freitag / Dr. Wolferink / Dr. Rau / Dr. Körfer	CL	HäQM

Anmeldung zur Reiseberatung

Für _____
 Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse

 Straße PLZ Wohnort Telefon

Reise in ein Land _____ in mehrere Länder _____

Reisekriterien: ☐ privat, ☐ dienstliche, ☐ Hotel, ☐ einfache
 Unterkunft, ☐ Sonnenbaden, ☐ Rundreise, ☐ Safari,
☐ Trekking, ☐ Gerätetauchen, ☐ Höhen über 3000 m
☐ enger Kontakt mit der Bevölkerung, ☐ Sonstiges:

Frühere Erkrankungen: ☐ Masern, ☐ Hepatitis A, ☐ Hepatitis B
☐ ich bin gesund und beschwerdefrei
☐ Malariamedikamente bisher nein ☐ Ja

Allergien/Unverträglichkeiten: ☐ nein, ja ☐ Hühnereiweiß,
☐ Sonstiges

Aktuelle/chronische Erkrankungen: ☐ nein, ☐ ja, _____

Sonstiges: ☐ Diabetes, ☐ Psoriasis, ☐ Porphyrie, ☐ Myasthenie,
☐ Nervenkrankheiten, ☐ Epilepsie, ☐ Psychische Störungen,
☐ Sonnenbrand/-allergie, ☐ Lichtreaktion, ☐ Antikonzeptiva,
☐ Schwangerschaft, ☐ Stillen, ☐ Schwangerschaftswunsch,
☐ Krampfadern/Thrombosen (auch in der Familie)

Erstellt von: Simona Maubach	Freigegeben von QMB/PL	Version 2 von 2
Erstellt am: 03.03.2026	Freigegeben am 03.03.2026	Seite 1

Gemeinschaftspraxis	Anmeldung zur Reiseimpfung	Qualitätsmanagementhandbuch
Dr. Freitag / Dr. Wolferink / Dr. Rau / Dr. Körfer	CL	HäQM

Tragen Sie Brillengläser aus Kunststoff ☐ Nein ☐ Ja

Einnahme von Medikamenten: ☐ Keine ☐ ich nehme _____

☐ Ein Impfausweis liegt mir nicht vor

_____, _____
Ort Datum Unterschrift