

Anmeldung zur Reiseberatung

Dr. Freitag · Dr. Wolferink · Dr. Rau · Dr. Körfer

Für

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon

Reise in ein Land

in mehrere Länder

Reisekriterien

- ☐ privat ☐ dienstlich ☐ 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 welche:

Sonstiges (bitte ankreuzen):

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

Tragen Sie Brillengläser aus Kunststoff? ☐ Nein ☐ Ja

Einnahme von Medikamenten: ☐ Keine ☐ ich nehme:

☐ Ein Impfausweis liegt mir nicht vor

den,

Ort

Datum

Unterschrift