



HAUSARZTPRAXIS  
DR. MED. FRANK G. MURPHY, MA

## **Reisemedizinische Beratung:**

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie im Vorfeld umfassend und sinnvoll beraten zu können, ist eine gewisse Vorbereitung unerlässlich. Hierzu benötigen wir Ihren Impfpass\* und den komplett ausgefüllten Fragebogen spätestens 2 Tage vor Ihrem Beratungstermin bei uns (bitte telefonisch vereinbaren) zurück! (\*auch alle älteren Dokumente, um fällige Impfungen zu erkennen und Ihren Impfplan erstellen zu können.) Die Beratung sollte mindestens 6 Wochen vor Abreise in Anspruch genommen werden, um fällige Impfungen noch ergänzen zu können und damit das Immunsystem genug Zeit hat, einen ausreichenden Schutz aufzubauen. Übrigens: Zum Impfen ist es nie zu früh, manchmal aber zu spät!!

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse: PLZ & Wohnort:

Telefonnummer: E-Mail (optional):

Beruf:

### **Angaben zur geplanten Reise**

Reiseländer: Datum Ankunft: Datum Rückkehr: Reisebedingungen ( 1 / 2 / 3):

---

---

---

---

### **Reisebedingungen:**

1) Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)

2) Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)

3) Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

### **Art der Reise:**

- ☐ Badeurlaub ☐ Geschäftsreise ☐ Sporturlaub  
☐ Rundreise ☐ Trekkingurlaub ☐ Weltreise  
☐ Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)  
☐ Schiffsreise

2) Anamnese:

Fühlen Sie sich gesund? ☐ ja ☐ nein

Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit? ☐ ja ☐ nein

Besteht eine andere Allergie oder Unverträglichkeit? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



HAUSARZTPRAXIS  
DR. MED. FRANK G. MURPHY, MA

Sind Sie in den letzten vier Wochen geimpft worden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen bei früheren Impfungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ein? ☐ ja ☐ nein

Haben / hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder Anfallsleiden? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie oder ein Familienmitglied schon einmal eine Thrombose? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen? ☐ ja ☐ nein

Einnahme der Antibabypille? ☐ ja ☐ nein

Besteht aktuell ein Schwangerschaftswunsch? ☐ ja ☐ nein

Sollten Sie HIV positiv sein, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit!

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

**Nach der Beratung erhalten Sie die Beratungsinhalte individuell zusammengestellt in Papierform mit nach Hause, dort können Sie in Ruhe noch einmal alles nachlesen.**

**Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an uns.**

**Bitte beachten Sie: Eine Reisemedizinische ist umfassend und aufwendig. Sämtliche Impfausweise müssen überprüft werden und ein individuelles Impfregime erstellt werden.**

**Mir ist bekannt, dass die Kosten für die erforderlichen Impfstoffe, die Impfung(en) sowie das Beratungsgespräch und die evtl. anfallenden Untersuchungen und ggf. notwendige Bescheinigungen nicht durch meine gesetzliche/ private Krankenversicherung getragen werden. Über die entsprechenden Unterstützungen habe ich mich selbst bei meiner Krankenkasse erkundigt.**

**Die Rechnungsstellung der PRAXIS erfolgt nach GOÄ.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift