

Dorfstraße 57 6241 Radfeld Telefon: +43 5337 62089

E-Mail: mail@dr-maurer.at

## Anamnesebogen Reisemedizinische Beratung

| Name:   | Ge  | eburtsdatum:  |  |
|---|-----|---------------|--|
| Adresse:  | Te  | elefonnummer: |  |
|   | E-1 | ·Mail:        |  |
|   |     |               |  |
| Frühere oder jetzige Erkrankungen:  |     |               |  |
|   |     |               |  |
| Hatten Sie medizinische Probleme bei früheren Reisen? (z.B. Durchfall, "Sonnenallergie", Seekrankheit…) |     |               |  |
|   |     |               |  |
| Allergien:  |     |               |  |
|   |     |               |  |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein:  |     |               |  |
|   |     |               |  |
| Sind Sie schwanger oder planen demnächst schwanger zu werden?   |     |               |  |
|   |     |               |  |
|   |     |               |  |
| Reisedatum/Reisezeitraum:   |     |               |  |
|   |     |               |  |
| Reiseziel und genaue Reiseroute mit ungefährer Zeitangabe:  |     |               |  |
|   |     |               |  |
|   |     |               |  |
| Wie reisen Sie? (z.B. öffentliche Verkehrsmittel, Mietwagen…)   |     |               |  |
|   |     | ,             |  |
| Wo übernachten Sie? (z.B. Hotel, Zelt):   |     |               |  |
|   |     |               |  |
| Welche Aktivitäten planen Sie auf Ihrer Reise? (z.B. Safari, Klettern, Tauchen, Wandern)                |     |               |  |
|   |     |               |  |
|   |     |               |  |
| Sind Sie ausreichend für die Reise versichert? □ Ja □ Nein □ Nicht sicher                               |     |               |  |