

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt, **mindestens 3 Tage vor** Ihrem Beratungstermin per Fax (**06151/295437**), per Post oder per e-mail (**kontakt@praxis-walldorf.de**) an uns.

Dr. Marlies Walldorf  
 Reiseberatung -  
 Rheinstr. 25  
 64283 Darmstadt

Ihre Daten

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Fragebogen für Ihre individuelle Reisemedizinische Beratung

Geschlecht: ♀ ♂

Alter:

Gewicht:

Reisedauer:

Abreisedatum:

Reiseland:

Wieviele Reisen dieser Art haben Sie bereits gemacht?

Reiseart (z.B. Geschäftsreise, Abenteuerreise, Strandurlaub, Langzeitaufenthalt, Expedition):

Unterbringung (z.B. Hotel, Zelt, landestypische Unterkunft, noch nicht bekannt):

Beschreibung des Reiseverlaufes:

Geplanter Sport am Zielort (z.B. Tauchen, Hochgebirgsaufenthalt):

Vorerkrankungen, chronische Erkrankungen:

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Sind bei Ihnen Allergien, v. a. auf Medikamente bekannt?

ja  nein ggfs. welche?

Nur Frauen: kann eine Schwangerschaft derzeit ausgeschlossen werden?

ja  nein

**Aktueller Impfstatus:**

<b>Impfung gegen</b>	Tetanus	Diphtherie	Polio	Hepatitis A	Hepatitis B	Masern/Mumps/Röteln
<b>Vollschutz bis</b>						
<b>Impfung gegen</b>	Meningokokken	Japanische Enzephalitis	Gelbfieber	Cholera	Typhus	Andere Impfung
<b>Vollschutz bis</b>						

Ich habe die Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen vorgenommen. Mir ist bekannt, dass eine Reisemedizinische Beratung keine Leistung der Krankenkasse ist und dass diese Leistung nach der gültigen GOÄ abgerechnet wird. Der fällige Rechnungsbetrag ist sofort nach der Beratung zahlbar.

-----  
 Ort, Datum

-----  
 Unterschrift