

**Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. Roger Lux  
Dr. med. Christina Lux**

Fachärzte für Innere Medizin  
Akupunktur ◦ Ernährungsmedizin ◦ Hausärztliche Versorgung  
Gesundheitszentrum am Lambertiplatz  
Lambertiplatz 3. 40, 48653 Coesfeld

Tel.: (0 25 41) 53 88, Fax (0 25 41) 8 73 13, E-mail: info@gemeinschaftspraxis-lux.de, www.gemeinschaftspraxis-lux.de

---

## Reisemedizinischer- Fragebogen

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,  
dieser Fragebogen soll Sie dabei unterstützen, die für Ihre reisemedizinische Beratung wichtigen Informationen zusammenzutragen und zu ordnen. Diese Informationen bilden die Grundlage für die Erstellung Ihres persönlichen reisemedizinischen Gesundheits- und Impfprofils. Sie ermöglichen eine Planung von individuell abgestimmten vorbeugenden Maßnahmen (verpflichtende und anzurathende Impfungen, Malariaprophylaxe, Verhaltensregeln während der Reise, Reiseapotheke). Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterin gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus und reichen Sie ihn uns zusammen mit Ihren Impfunterlagen ca. 3 Tage vor Ihrem Beratungstermin ein, damit wir alles für Sie vorbereiten können!**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/ Stadt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tel. (privat): \_\_\_\_\_

Tel. (geschäftlich): \_\_\_\_\_

**Frühere Infektionskrankheiten:**

Masern,  Röteln,  Hepatitis A,  Hepatitis B

**Vorerkrankungen/ Chronische Erkrankungen:**

Bluthochdruck	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelschwäche	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Rheuma	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Thrombosen/ Krampfadern	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Allergien:**

nein  ja

**Wenn ja, gegen:** (Antibiotika, Schmerzmittel, andere Medikamente, Hühnereiweißallergie, Pollen, Gräser, Hausstaubmilben, Sonnenallergie)

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme:**

nein  ja

**Wenn ja, welche:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**bitte wenden!**

**Frühere unerwünschte Impfreaktionen/ unerwünschte Reaktion bei Malariaprophylaxe:**

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bei Patientinnen:**

Schwangerschaft	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Antibabypille	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftswunsch	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>

**Impfschutz:**

Bekannt	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
---------	------	--------------------------	----	--------------------------

**Aktuelle Beschwerden:** \_\_\_\_\_

**Informationen zur Ihrer Reise:**

- **Um was für eine Reise handelt es sich:**  
 Berufliche Reise,  Studien-/ Forschungsaufenthalt,  Private Reise,  Sonstige Reise
- **Wie reisen Sie:**  
 alleine  mit mehreren Personen  mit einer organisierten Gruppe
- **Wann und wohin reisen Sie?** Bitte geben Sie auch Transferländer (z.B. bei Flugreisen) und Zwischenstationen (z.B. bei Kreuzfahrten) an. Bitte möglichst genaue Angaben gemäß Ihrer feststehenden Reiseplanung:

**Reiseziele**

(Stadt, Land, Kontinent)

**Abreisedatum**

**Rückreisedatum**

**Aufenthaltsdauer**

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Mit welchen Verkehrsmitteln reisen Sie?:**

PKW,  Bus,  Schiff,  (besteht Reiseübelkeit?),  Flugzeug (Flugdauer: \_\_\_\_Std.),  Sonstige

**Wie reisen Sie? Welcher Reisetyp?**

- Reisetyp 1:** Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Individual- oder Rucksackreise in das Landesinnere, Radtour, vorhersehbarer Kontakt zu örtlichen Bevölkerung, Tätigkeit in der Entwicklungshilfe, Erziehungs- und Gesundheitswesen, Land- und Forstwirtschaft..
- Reisetyp 2:** Aufenthalt überwiegend in Städten, organisierte Reisen in das Landesinnere.
- Reisetyp 3:** Aufenthalt überwiegend in touristischen Zentren, Großstädten, Flughäfen, höherklassige Hotels und klimatisierten Räumen

**Welche Aktivitäten planen Sie:**

Tauchen, Klettern,  Bergsteigen, Höhengaufenthalte > 2500m über NN,  Sportliche Aktivitäten (Triathlon, Surfen, Ski etc.),  Safaris, Aufenthalte in Naturreservaten,  Geplanter Aufenthalt in Gemeinschaften, Schulen, Jugendherbergen etc.,  Tätigkeiten in der Land- und Forstwirtschaft,  Tätigkeit in Entwicklungshilfe.

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

**Ihr Praxisteam**