

**PRAXIS AM GERADEN WEG**  
**Am Geraden Weg 15 ,44805 Bochum**  
**Tel. 0234/850201 Fax 0234/850029**

**Dr. med. Thomas Möller** Facharzt für Allgemeinmedizin  
Betriebsmedizin Reisemedizin  
Gelbfieberimpfstelle No. 394  
**Eva Maria Purat** Fachärztin f. Allgemeinmedizin

### Anamnesebogen Reisemedizin

**Patient** .....  
Name ..... Vorname ..... geb. ....

**Anschrift:** .....  
Straße ..... Hausnummer ..... Postleitzahl ..... Wohnort .....

**Tel. (Privat):** ..... **E-Mail:** .....

**Mobil:** ..... **Beruf:** .....

<b>Reisedaten:</b>		<b>Ankunft</b> TT/M/M/JJ	<b>Reisebedingungen 1/2/3*</b>
Reiseländer			
Rückkehr			

- 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 mittleren und gehobenen Standards.\*
- 3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards.\*

**Art der Reise**       **Badeurlaub**       **Sporturlaub**       **(Sportart.....)**  
 **Rundreise**       **Trekking Tour**       **(Höhe.....)**  
 **Geschäftsreise**       **Langzeitaufenthalt**       **(länger als 6 Wochen)**  
**Besonderheiten (Tierkontakte etc) .....**

#### Anamnese

- 1 Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? **Ja**  **Nein**   
Wenn ja, welche Art von Beschwerden liegen vor?
- 2 Besteht eine Hühnereiweißallergie/unverträglichkeit? **Ja**  **Nein**
- 3 Besteht eine andere Allergie?  
Wenn ja, welche? **Ja**  **Nein**
- 4 Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?  
Wenn ja, welche? **Ja**  **Nein**
- 5 Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt? **Ja**  **Nein**

**6 Leiden/Litten Sie oder Familienmitglieder unter Nervenkrankheiten oder an ein Anfallsleiden?**

**Ja    Nein**

**7 Leiden/Litten Sie an einer chronischen Krankheit?**

**Ja    Nein**

**Bösartigen Erkrankung?**

**Ja    Nein**

**Wenn ja, welche?**

**8 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

**Wenn ja, welche?**

**9 Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen durchgeführt?**

**Wenn ja, welche ?**

**10 Bei Frauen besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?**

**Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das unbedingt mit.**

**Vielen herzlichen Dank!**

---

**Datum, Unterschrift**