



**DR. NADINE KAUFMANN**

Internistische Hausarztpraxis  
Osterstrasse

## Reisemedizinische Beratung - Fragebogen

*Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,*

*wir bitten Sie diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Er dient als Grundlage für Ihre individuelle Gesundheitsberatung und Erarbeitung Ihres reisemedizinischen Gesundheits- und Impfprofils. Sie ermöglichen damit eine auf Sie individuell abgestimmte Beratung zur bestmöglichen Vorbeugung für Ihre Reise.*

**Ich möchte eine Reisemedizinische Beratung bei Frau Dr. Kaufmann in Anspruch nehmen.**

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

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

W/M/D: \_\_\_\_\_

### **Reiseziele:**

(Stadt/ Land, auch Transferländer und Zwischenstationen, Schiffsreisen) mit An-/ Abreisedatum:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Verkehrsmittel:**

(PKW/ Bus/ Schiff/ Flugzeug (Flugzeit: \_ Std.), evtl. bekannte Reiseübelkeit)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Reiseart:**

(Individual-/ Rucksackreise, ländliche Gebiete, Landesinnere, sportliche Aktivitäten, Kontakt zur örtlichen Bevölkerung, Engagement in Entwicklungshilfe, soziale Einrichtungen, ...)

(Städtereise, organisierte Reisen ins Landesinnere)

(gebuchte Hotelreise in touristische Zentren, Großstädte, Flughafen, klimatisierte Räume)

---

---

**Geplante Aktivitäten:**

(Tauchen, Klettern, Bergsteigen > 2500 m über NN), Sport, Safaris, Besuche/ Tätigkeiten in dörflichen Gemeinschaften/ Schulen/ Sozialprojekten, Tätigkeit in Land-/ Forstwirtschaft/ Entwicklungshilfe/ Krisenintervention)

---

---

---

**Leiden oder littten Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen/ angeborenen Störungen?  
Wenn ja, welche:**

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche:**

---

**Bestehen Unverträglichkeiten (z.B. gegen Medikamente, Antibiotika, Impfstoffe, Hühnereiweiß, ...) oder Allergien? Wenn ja, welche:**

---

**Haben Sie in den letzten 3 Monate Impfungen, Bluttransfusionen, Immunglobulingaben bekommen oder Sie mit Cortison, Zytostatika (Chemotherapie) oder andere das Immunsystem beeinflussende Therapien behandelt? Wenn ja, welche:**

**Besteht eine Schwangerschaft? Ja/ Nein**

---

**Kosten:**

*Mir ist bekannt, dass die Kosten nicht von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung übernommen werden. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung.*

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:**

*Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Internistische Hausarztpraxis Osterstrasse zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).*

---

Ort, Datum

---

Unterschrift