

Dr. med. Joachim Lehmann

Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportmedizin

Stand 2021

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Reiseländer	Ankunft			Reisebedingungen*		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr						

Art der Reise

- Badeurlaub
- Rundreise
- Geschäftsreise
- Sporturlaub, Sportart:
- Trekking-Tour, Höhe:
- Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

*REISEBEDINGUNGEN

- 1** Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individual-Reise 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 Hotels mittleren bis gehobenen Standard)
- 3** Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Wenn Sie einen Impfausweis haben, bringen Sie ihn doch gerne zum nächsten Beratungsgespräch mit und wir schauen dann ob Ihre Impfungen auf dem neusten Stand sind.

Ja **Nein**

Besteht eine Hühnereiweißallergie/-Unverträglichkeit? _____

Besteht eine andere Allergie? _____

Wenn ja, welche? _____

Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? _____

Wenn ja, gegen welche? _____

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? _____

Wenn ja, an welcher? _____

Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung? _____

Wenn ja, an welcher? _____

Besteht eine Abwehrschwäche/HIV- Erkrankung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____

BEI FRAUEN: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant? _____

Stillen Sie? _____

Fühlen Sie sich zurzeit gesund? _____

Wenn nein, welche Symptome haben Sie? _____

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten Reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Ort, Datum

Unterschrift