

Fragebogen für die Reisemedizinische Sprechstunde

Name:		Vorname:	
Name, Vorname und Geburtsdatum des Erziehungsberechtigten (bei Kindern):			
Geburtsdatum:		Zivilstand:	
Straße + Nr:		Postleitzahl/Ort:	
Telefon P:		Handy:	
Telefon G:		Email:	
Beruf:		Hausarzt/ärztin:	
Krankenkasse :			
Sind Sie in einem Hausarztmodell versichert?			
AHV Nr:		Versichertenkarte/Patienten-Nr:	
Reiseziel (e):			
Reisedauer von (Datum):		bis (Datum):	
Art der Ferien / Reise / Arbeit: (Hotel, Rucksack, Trekking, Gruppe)			
Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Fieber oder eine Infektionskrankheit? (Grippe etc.)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche? Geben sie insbesondere Medikamente zur Blutverdünnung (inklusive Aspirin), Immunsuppressiva (Cortison und ähnliche), Antibiotika und Medikamente zur Verhütung an.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sind bei Ihnen Allergien oder andere Unverträglichkeiten bekannt? (Medikamente/Nahrungsmittel/Ei-Allergie) Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie je eine Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung) durchgemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden oder litten Sie an epileptischen Anfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden oder litten Sie an psychiatrischen Erkrankungen oder sonstige Erkrankungen? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind früher bei Ihnen nach Impfungen Komplikationen aufgetreten? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für Frauen. Sind Sie schwanger? Oder planen Sie momentan schwanger zu werden?	<input type="checkbox"/> Ja, schwanger	<input type="checkbox"/> Nein

Sollten Sie an einer Krankheit leiden oder eine Therapie gemacht haben, welche die Immunabwehr Ihres Körpers beeinträchtigen kann, wie zum Beispiel HIV, Chemotherapie etc., so teilen Sie uns dies bitte bei der Arztkonsultation mit.

Alle empfohlenen Impfungen sind grundsätzlich sehr gut verträglich. Bei allen injizierten Aktivimpfungen können (bei etwa 10% der Geimpften) ein bis mehrere Tage nach der Impfung an der Impfstelle eine Schwellung und Schmerzen auftreten, gelegentlich begleitet von etwas Fieber. Die Behandlung besteht mit kühlenden Umschlägen und nötigenfalls Aspirin oder Panadol, ausgeprägtere Reaktionen (höheres Fieber, generalisierter Juckreiz) sind extrem selten. Bei vermuteten stärkeren Impfreaktionen konsultieren Sie im Zweifelsfall einen Arzt oder wenden Sie sich an uns.

Gilt nur für Frauen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir bewusst ist, dass während und nach Einnahme von Malaria-medikamenten: Malarone/AtovaquonPlus® und Riamet® für 4 Wochen nach letzter Tabletteneinnahme und nach einer Gelbfieberimpfung, sowie nach Masern/Mumps/Röteln- und Varizellen Impfung für 4 Wochen Verhütungsmaßnahmen bezüglich einer Schwangerschaft getroffen werden müssen.

Die Reiseberatung sowie die tropenspezifischen Impfungen werden direkt nach der Konsultation bar oder mit Ec /Kreditkarte in der Praxis bezahlt. Es gibt einige Impfungen, welche die Krankenkasse übernimmt (z. B. MMR, Tetanus, FSME). Diese werden wir direkt über die Krankenkasse abrechnen.

Wichtig: Seit Januar 2026 sind die Impfungen des Schweizerischen Impfplans (Tetanus, Masern-Mumps-Röteln, Varizellen etc) sowie die Spezifische Impfberatung diesbezüglich von der Franchise befreit. Je nach Versicherungsmodell kann es sein, dass Sie eine Zuweisung/Freigabe durch Ihren Hausarzt benötigen, um die Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu gewährleisten.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort : _____ **Datum :** _____ **Unterschrift :** _____