Fragebogen für die Reisemedizinische Sprechstunde

Name:	**Vorname:**
Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern):	
Geburtsdatum:	**Zivilstand:**
Strasse + Nr:	**Postleitzahl/Ort:**
Telefon P:	**Handy:**
Telefon G:	**Email:**
Beruf:	**Hausarzt/ärztin:**
Krankenkasse :	
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.)	☐ **Ja**	☐**Nein**
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? **Wenn ja, weshalb?**	☐ **Ja**	☐ **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.	☐ **Ja**	☐ **Nein**
Sind bei Ihnen Allergien oder andere Unverträglichkeiten bekannt? (Medikamente/Nahrungsmittel/Ei-Allergie) Wenn ja welche?	☐ **Ja**	☐ **Nein**

Haben Sie je eine Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung) durchgemacht?	☐ **Ja**	☐ **Nein**
Leiden oder litten Sie an epileptischen Anfällen?	☐ **Ja**	☐ **Nein**
Leiden oder litten Sie an psychiatrischen Erkrankungen oder sonstige Erkrankungen? Wenn ja welche?	☐ **Ja**	☐ **Nein**
Sind früher bei Ihnen nach Impfungen Komplikationen aufgetreten? Wenn ja welche?	☐ **Ja**	☐ **Nein**
Für Frauen. Sind Sie schwanger? Oder planen Sie momentan schwanger zu werden?	☐ **Ja, schwanger**	☐ **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 mir 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.
Die Reiseberatung wird 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, Engerix). In diesem Falle machen wir eine zweite Rechnung und werden diese direkt an Ihre Krankenkasse senden, Sie zahlen diese also nicht direkt.

Gilt nur für Frauen:
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir bewusst ist, dass während und nach Einnahme von Malariamedikamenten: 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.

Kosten bei Zahlungsverzug: **Bearbeitungsgebühr** (frühestens ab Tag 70 nach Rechnungsdatum., bei Übergabe an die Inkasso Med AG) abhängig von der Forderungshöhe, Maximalbetrag in CHF: **50** (bis 20); **70** (bis 50); **100** (bis 100); **120** (bis 150); **149** (bis 250); **195** (bis 500); **308** (bis 1`500); **448** (bis 3`000); **1`100** (bis 10`000); **1`510** (bis 20`000); **2`658** (bis 50`000); **6% der Forderung** (ab 50`000).

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

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