

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt, **mindestens 3 Tage vor** Ihrem Beratungstermin per Fax (**089/ 800 655 820**), per Post oder per e-mail (**info@hausarztzentrum-gauting.de**) an uns.

Hausarztzentrum Gauting
 - Reiseberatung -
 Münchenerstr. 21
 82131 Gauting

<u>Ihre Daten</u>	
Name:	_____
Vorname:	_____
Strasse:	_____
PLZ/Ort:	_____
Telefon:	_____
Fax:	_____
E-Mail:	_____ @ _____

Fragebogen für Ihre individuelle reisemedizinische

Beratung

Geschlecht: ♀ ♂ Alter: _____ Gewicht: _____

Reisedauer: _____ Abreisedatum: _____

Reiseland: _____ Wieviele Reisen dieser Art haben Sie bereits gemacht? _____

Reisart (z.B. Geschäftsreise, Abenteuerreise, Strandurlaub, Langzeitaufenthalt, Expedition): _____

Unterbringung (z.B. Hotel, Zelt, landestypische Unterkunft, noch nicht bekannt): _____

Beschreibung des Reiseverlaufes: _____

Geplanter Sport am Zielort (z.B. Tauchen, Hochgebirgsaufenthalt): _____

Vorerkrankungen, chronische Erkrankungen: _____

Medikamente, die regelmässig eingenommen werden: _____	Sind bei Ihnen Allergien, v. a. auf Medikamente bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggfs. welche?
--	---

Nur Frauen: kann eine Schwangerschaft derzeit ausgeschlossen werden? ja nein

Aktueller Impfstatus:

Impfung gegen	Tetanus	Diphtherie	Polio	Hepatitis A	Hepatitis B	Masern/Mumps/Röteln
Vollschutz bis						
Impfung gegen	Meningokokken	Japanische Enzephalitis	Gelbfieber	Cholera	Typhus	Andere Impfung
Vollschutz bis						

Ich habe die Angaben wahrheitsgemäss und nach bestem Wissen vorgenommen. Mir ist bekannt, dass eine Reisemedizinische Beratung keine Leistung der Krankenkasse ist und dass diese Leistung nach der gültigen GOÄ abgerechnet wird. Der fällige Rechnungsbetrag ist sofort nach der Beratung zahlbar.

 Ort, Datum

 Unterschrift