



Arztpraxis Magiera
Dr. med. Patrick Magiera
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Zusatzweiterbildung Betriebsmedizin
Brockwinkler Str. 2
21391 Reppenstedt
info@arztpraxis-magiera.de
Tel.: +49 4131 63166

Anamnesebogen zur reisemedizinischen Beratung

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig und wahrheitsgemäß aus, damit wir Ihre reisemedizinische Beratung optimal anpassen können.

1. Persönliche Daten

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon / E-Mail: _____

2. Reisedaten

Reiseziel(e) – bitte möglichst genau angeben (Länder, Regionen, Städte):

Reisedauer

Gesamtdauer: _____
Reisezeitraum: von _____ bis _____

Reiseart / Unterkunft

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Backpacking / Rucksackreise
- ☐ Couchsurfing
- ☐ Hotelurlaub
- ☐ Resort / Clubanlage
- ☐ Kreuzfahrt
- ☐ Besuch bei Familie/Freunden
- ☐ berufliche Reise
- ☐ Langzeitaufenthalt (> 4 Wochen)
- ☐ Expedition / abgelegene Gebiete

☐ Weltreise

Sonstiges: _____

Reisebedingungen

☐ einfache hygienische Bedingungen (z. B. ländliche Regionen)

☐ gute hygienische Bedingungen (städtischer Bereich)

☐ unklar / gemischt

3. Geplante Aktivitäten

☐ Baden / Schwimmen

☐ Schnorcheln

☐ Tauchen (mit Druckluftgerät)

☐ Bergsteigen / Höhenaufenthalt (> 2500 m)

☐ Trekking / Wandern

☐ Fahrradtouren

☐ Safari

☐ Tierkontakte

☐ Höhlenbesuche

☐ Boot-/Kanufahrten

☐ Abenteuer-/Outdoor-Aktivitäten

Sonstiges: _____

4. Gesundheitsfragen

Vorerkrankungen / chronische Erkrankungen

☐ keine

☐ Herz-/Kreislaufkrankungen

☐ Lungen-/Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma)

☐ Diabetes mellitus

☐ Leber-/Nierenerkrankungen

☐ Autoimmunerkrankungen

☐ neurologische oder psychiatrische Erkrankungen

☐ Gerinnungsstörungen

☐ Krebserkrankungen

☐ Immunschwäche

☐ andere: _____

Allergien

☐ keine

☐ Medikamente: _____

☐ Nahrungsmittel (insbes. Hühnereiweiß, Hühnerprotein, Gelatine):

- ☐ Insektengiftallergie
- ☐ sonstige: _____

(Hinweis: Eiweißallergien können für einige Impfstoffe relevant sein.)

Aktuelle Beschwerden oder akute Erkrankungen?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche: _____

5. Medikamenteneinnahme

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche: _____

Benötigen Sie Medikamente während der Reise (z. B. gegen Malaria, Notfallmedikamente)?

- ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Blutverdünner?

- ☐ ja ☐ nein

6. Impfstatus & frühere Impfreaktionen

Bitte falls bekannt:

Frühere Impfreaktionen / Impfkomplicationen?

- ☐ nein
- ☐ ja – welche? _____

Ist Ihr Impfausweis vorhanden?

- ☐ ja
- ☐ nein

7. Vorherige Tropen- / Fernreisen

Haben Sie bereits Fernreisen unternommen?

- ☐ nein
- ☐ ja – wohin? _____

Hatten Sie nach Reisen schon einmal Erkrankungen (z. B. Malaria, Dengue)?

- ☐ nein
- ☐ ja – welche? _____

8. Schwangerschaft / Stillzeit (falls relevant)

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

- ☐ nein
- ☐ schwanger (Woche: __)
- ☐ stillend

9. Besondere Hinweise / Wünsche

10. Erklärung

Ich versichere, dass ich die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____