



Arztpraxis Magiera
Dr. med. Patrick Magiera
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Zusatzausbildung 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-/Kreislauferkrankungen
- 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 / Impfkomplikationen?

- 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: _____