

Helge Folta

Facharzt für Innere Medizin -Gastroenterologie

Horster Strasse 339  
45899 Gelsenkirchen  
Tel. 0209/ 95 67 000  
www.hausarzt-buer.de

Name _____		Vorname _____	
Straße, Haus-Nr. _____		PLZ, Ort _____	
geb. am _____	Gewicht (kg) _____	Reisezeitraum von _____	bis _____

Reiseziel: Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. auf Extrablatt)

**Reisekriterien**

- Hotel    Sonnenbaden    Safari    Trekking    Gerätetauchen  
 Enger Kontakt m. d. Bevölkerung    Einfache Unterkunft  
 privat    dienstlich    Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Frühere Erkrankungen**

- Masern    Hepatitis A    Hepatitis B

**Beschwerden**

- Ich bin gesund (keine Beschwerden).    Ich habe folgende Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Allergien/ Unverträglichkeiten?**

- Hühnereiweiß    Malariamedikamente    Impfstoffe    Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Aktuelle/chronische Erkrankungen**

- Diabetes    Nierenschaden    Leberschaden    Krampfadern/Thrombosen (auch i. d. Familie)    Epilepsie  
 Nervenkrankheiten    Psychische Störungen    Sonnenbrand/-allergie    Lichtreaktionen    Psoriasis  
 Porphyrie    Myasthenie

**Ggf. Angaben über**

- Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen    Schwangerschaft(wunsch)  
 Stillen    Antikonzeptiva    Brillengläser aus Kunststoff    Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Einnahme von Medikamenten**

- Ich nehme keine Medikamente ein.    Ich nehme: \_\_\_\_\_

**Impfschutz**

- Ein Impfausweis liegt mir nicht vor.  
 Vorhandener Impfschutz laut Impfausweis/en (pro Kästchen 1 Impftermin, tragen Sie bitte jeweils die letzte/n Impfung/en ein)

	letzte Impfung	vorletzte Impfung	drittletzte Impfung
Diphtherie			
Tetanus			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Tollwut			
FSME			
Japan-Enzephalitis			
Polio			

	letzte Impfung	vorletzte Impfung
Cholera		
Grippe		
Masern		
Pertussis		
Typhus		
Gelbfieber		
Meningokokken- Erkrankung		
Pneumokokken- Erkrankung		

**Ich bitte um eine**

- reisemedizinische Gesundheitsberatung    Gelbfieberimpfung

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)

Mit meiner Unterschrift bin ich mit der privatärztlichen Abrechnung in angepasster GOÄ einverstanden.  
Mit der Unterschrift hat der Behandlungsvertrag Gültigkeit.