

<b>Anmeldung</b>			
Name, Vorname			
Geburtsdatum	Gewicht	Krankenkasse	
Adresse			
Reiseziel (Land, Ort (bei Rundreisen Reiseroute mit Zeitangabe), ggf. auf einem Extrablatt)			
<b>Reisezeit</b>			
vom: _____ bis: _____			
<b>Reisekriterien (bitte ankreuzen)</b>			
<input type="checkbox"/> Hotel	<input type="checkbox"/> Sonnenbad	<input type="checkbox"/> Safari	<input type="checkbox"/> Trekking
<input type="checkbox"/> Rundreise	<input type="checkbox"/> Gerätetauchen	<input type="checkbox"/> Enger Kontakt mit Bevölkerung	<input type="checkbox"/> Einfache Unterkunft
<input type="checkbox"/> private Reise	<input type="checkbox"/> Berufliche Reise	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
<b>Frühere Erkrankungen</b>			
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> ich bin gesund (keine Beschwerden)
<input type="checkbox"/> ich habe folgende Beschwerden			
<b>Chronische Erkrankungen / Besonderheiten</b>			<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja. Welche:			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Porphyrie	<input type="checkbox"/> Myasthenie
<input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Psych. Störungen	<input type="checkbox"/> Sonnenbrand/-allergie
<input type="checkbox"/> Lichtreaktion	<input type="checkbox"/> Nierenschäden	<input type="checkbox"/> Leberschäden	<input type="checkbox"/> Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Stillen	<input type="checkbox"/> Brillengläser aus Kunststoff	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftswunsch
<input type="checkbox"/> Antikonzeptiva (Pille)	<input type="checkbox"/> Krampfadern / Thrombose (auch in der Familie)		

<b>Regelmäßige Einnahme von Medikamenten</b>		<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Ja. Welche:			
<b>Impfausweis vorhanden ?</b>		<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Ja. Dann bitte unten die letzten Impfungen eintragen			
Impfung	Datum letzten Impfung	Datum vorletzter Impfung	Datum drittletzter Impfung
Cholera			
Covid-19			
Diphtherie			
FSME			
Gelbfieber			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
HPV			
Influenza (Grippe)			
Japan-Encephalitis			
Masern			
Meningokokken			
Mumps			
Pertussis ( Keuchhusten)			
Pneumokokken			
Polio			
Röteln			
Tetanus			
Tollwut			
Typhus			
Varicella (Windpocken)			

Ort \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Datum)

Unterschrift \_\_\_\_\_