

- Praxis Dott. Jochen Cailloud -

Sudhausweg 6, 01099 Dresden
Tel. und FAX: 0351/8041841

Anmeldung für _____ / _____
Name Vorname Alter Gewicht / Größe

Reiseziel _____ Zeit _____ 200 _____
Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. Extrablatt) vom bis

Reisekriterien Hotel Sonnenbaden Safari Trekking Rundreise Gerätetauchen
 enger Kontakt m. d. Bevölkerung einfache Unterkunft privat dienstlich, sonstiges:

Frühere Erkrankungen: Masern Hepatitis A Hepatitis B ich bin gesund, ich habe

keine Beschwerden, Beschwerden: _____, Allergien/ Unverträglichkeiten? nein ja:

Hühnereiweiß Malariamedikamente Impfstoffe sonstiges _____

Aktuelle/chronische Erkrankungen nein ja _____ Sonstiges:
 Diabetes Psoriasis Porphyrie Myasthenie Nervenkrankh. Epilepsie
 psychische Störungen Sonnenbrand/-allergie Lichtreaktionen Nierenschaden
 Leberschaden, ggf. Angaben über _____ Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen
 Schwangerschaft Stillen Schwangerschaftswunsch Antikonzeptiva
 Krampfadern/Thrombosen (auch i. d. Familie) Brillengläser aus Kunststoff

Einnahme von Medikamenten: keine ich nehme _____
 ein Impfausweis liegt mir nicht vor vorhandener Impfschutz laut Impfausweis(en): (pro
 Kästchen 1 Impftermin, tragen Sie jeweils die letzten Impfungen ein)

	letzte Impfung	vorletzte	drittletzte		u.s.w.
Diphtherie	Tetanus
Polio		Grippe
				Masern	. .
Hepatitis A	Hepatitis B
Typhus	. .	Cholera	Tollwut
Gelbfieber	. .	Meningokokken-E.	. .	Pneumokokken-E.	. .
FSME	Japan-Encephalitis

Ich bitte um eine reisemedizinische Gesundheitsberatung Malariaberatung, Impfungen,

und zwar: _____ einen internationalen Impfausweis
 Übertragung von Vorimpfungen in meinen neuen Ausweis. Ich bitte zusätzlich um

kassenärztliche privatärztliche Behandlung wegen _____

_____, den _____ 20.. _____
Ort Datum Unterschrift

Fragebogen bitte mindestens 3 Tage vor der Beratung zurückbringen oder faxen