

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

eMail: _____

**Tropen- und Reisemedizinische
Beratung Freiburg**
Häge 20

79111 Freiburg

Fragebogen zur reisemedizinischen Beratung

Zur Person: männlich weiblich Alter _____ Gewicht _____

Reiseziel(e) / Länder: _____

Abreisedatum: _____ Reisedauer: _____

Reisegrund: Beruflich Privat Auswanderung Langzeitaufenthalt

Reiseart: Hotel Camping Trekking Hochgebirge

Sport: Tauchen Sonstige Sportarten: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Muß mit einer Schwangerschaft gerechnet werden, oder besteht eine? ja nein

Wesentliche Vorerkrankungen:

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Psychose/Krampfleiden | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |

Andere: _____

Bereits erfolgte Impfungen mit Jahresangabe (soweit bekannt)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus / Polio | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Japan B Encephalitis | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Meningitis A + C | <input type="checkbox"/> Typhus |

Bemerkungen und Fragen: _____

Zustellung bitte per: Brief Fax eMail

Die ärztliche Beratung wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

Die Gebühren finden Sie unter <http://www.tropenmedizin.de/agb.htm>.

Ich bin mit der Abrechnung nach GOÄ einverstanden:

- Die Gebühr überweise ich direkt nach Erhalt der Beratung auf das Konto der TRBF
 Bitte buchen Sie die Gebühr von meinem Konto ab

Kontonummer _____ Kreditinstitut _____ BLZ _____

Datum _____ Unterschrift _____