

Reiseimpfberatung

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon/Mobil _____

Email _____

Beruf _____

Kuper Landarztpraxis

Torsten Kuper
Silvia Ciotor (Angestellte Fachärztin)
Marie Blank (Weiterbildungsassistentin)

Grellenbrook 1a, 28870 Ottersberg

Telefon 04205 316711
Telefax 04205 316715

info@kuperlandarztpraxis.de
www.kuperlandarztpraxis.de

Reisedaten

Reiseland	Reisedaten (von/bis)	Reisebedingungen (A/B/C)*

*A: Aufenthalt unter einfachen Bedingungen (Trekking; Rucksack, Camping usw.)

B: Aufenthalt in touristischen Zentren oder Städten mit Ausflügen ins Land

C: Aufenthalt nur in Städten oder touristischen Zentren

Reisart

- Rundreise Geschäftsreise
- Badeurlaub Sporturlaub

Anamnese

	ja	nein	wenn ja, welche
Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestehen Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie regelmäßig			
Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben sie Vorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurden Sie in den letzten			
4 Wochen geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und dass ich über die im Rahmen der Reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten informiert worden bin.

Datum und Unterschrift