

# REISEMEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

DR. MED. MICHAELA TOUSSAINT  
HAUTÄRZTIN  
Allergologie • Naturheilverfahren • Akupunktur  
Jean-Paul-Richter-Str. 3, 81369 München  
Tel.: 089 / 7 60 29 90 • Fax.: 089 / 7 69 40 80  
www.sendlinger-hautarztpraxis.de

## Adresse/Coordonnées/Adress

Name/nom/family name	Vorname/prénom/First name
Straße/rue/street	PLZ/Stadt/ville/town
Telefon Festnetz	Mobil/téléphone mobile/mobile phone
eMail	

## Persönliche Angaben/Informations personnelles/Personal information

Beruf/profession	Geschlecht sex/e	Alter/age	Gewicht (kg)/ poids/weight
------------------	---------------------	-----------	-------------------------------

## Reisedaten/Dates

Abreisedatum/date de départ/date of departure:	Reisedauer/durée du voyage/duration of trip:
--	--

## Reiseziele/Destinations

Land/pays/country	Land/pays/country	Land/pays/country	Land/pays/country
Städte/grandes villes/cities <input type="checkbox"/>	Strand/plage/beach <input type="checkbox"/>	Ländl. Reg./ campagne/ country side <input type="checkbox"/>	Gebirge/montagne/ mountains <input type="checkbox"/>

## Organisation

Organisiert/groupe guidé/organized tour <input type="checkbox"/>	Auf eigene Faust/ découverte libre/ on your own <input type="checkbox"/>	Abenteuerurlaub/ aventure/ adventure <input type="checkbox"/>
---	--	---

## Geplante Aktivitäten/Activités/Activities

Tauchen/plongée soumarine/ diving <input type="checkbox"/>	Bergsteigen/alpinisme /mountaineering <input type="checkbox"/>
Sonstiges/autres/others:	

### Vorgeschichte/Antécédants/Medical history

Aktuelle Medikamenteneinnahme Médication actuelle/actual medication	Nein/non/no <input type="checkbox"/>	
Bekannte Medikamentenunverträglichkeit Allergie aux médicaments/allergy to drugs	Nein/non/no <input type="checkbox"/>	
Allergien/allergies	Nein/non/no <input type="checkbox"/>	
Akute/ chronische Grunderkrankungen/ maladies chroniques ou aiguës/acute or chronic conditions	Nein/non/no <input type="checkbox"/>	
Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine Schwangerschaft geplant? Etes-vous enceinte ou envisagez-vous une grossesse? Are you pregnant or are you planning a pregnancy?	Nein/non/no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja/oui/yes <input type="checkbox"/> Geplant in den nächsten 3 Monaten/ Envisagée dans les 3 mois à venir/ planned within 3 months

### Impfungen/Vaccinations

(bitte jeweils die drei letzten dokumentierten Impfungen eintragen/Dernières trois vaccinations/last three vaccinations each)

Impfung/vaccination	Datum/date	Datum/date	Datum/date
Tetanus			
Diphtherie			
Pertussis/coqueluche/			
Poliomyelitis			
Gelbfieber/fièvre jaune/yellow fever			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Typhus			
Sonstige/autres/others:			
Ich habe in den letzten 10 Jahren <b>keine</b> Impfung erhalten Je n'ai reçu <b>aucune</b> vaccination depuis 10 ans I had <b>no</b> vaccination for the last 10 years			<input type="checkbox"/>
Ich besitze <b>keine</b> schriftlichen Impfunterlagen (Impfbuch) Je n'ai <b>pas</b> de carnet de vaccinations I have <b>no</b> vaccination card			<input type="checkbox"/>

**Zusatzinformationen/Informations supplémentaires/additional informations**

---

Ich wünsche eine reisemedizinische Beratung anhand der oben angegebenen Daten. Ich bin darüber informiert, dass reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden können und auch nicht von allen Privatkassen übernommen werden. Die Beratung wird mit 35,- Euro berechnet. Hinzu kommen ggf. Kosten für empfohlene Impfungen und Impfstoffe.

Je désire une consultation en médecine du voyage selon les informations données ci-dessus. Je suis informé/e que la consultation en médecine du voyage n'est pas prise en charge par toutes les assurances maladies et sera facturée 35,- Euros, les frais pour les vaccinations et les vaccins s'ajoutant en fonction des nécessités.

I wish a consultation in travel medicine, based on the facts given above. I'm informed that German medical insurances do not necessarily cover travel medicine consultations and vaccinations. Consultation fee is 35,- Euros, not including eventually recommended vaccinations and vaccines.

---

Ort, Datum, Unterschrift/lieu, date, signature/place, date, signature