

Herzlich Willkommen im Betriebsmedizinischen Zentrum Kassel GmbH

Bitte geben Sie uns einige persönliche Informationen

Angaben zu Ihrer Person:

Titel (z.B. Dr./Prof.): _____

Name / Vorname: _____ / _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift privat:
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort _____

Telefon/ Handy privat: _____ / _____

E-Mail-Adresse privat: _____

Information zur Terminvorbereitung (bitte ankreuzen):

Gelbfieberimpfung ja / nein
Reiseimpfberatung ja / nein

Angaben zum Impfstatus:

Wurden Sie bereits gegen Gelbfieber geimpft? ja / nein , wenn ja, wann? _____

Werden oder wurden Sie anderweitig reisemedizinisch beraten? ja / nein

Wenn ja, gibt es konkrete Impfdaten? _____

Fragebogen zur reisemedizinischen Vorsorgeberatung

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

zur Vorbereitung Ihrer geplanten reisemedizinischen Vorsorge beantworten Sie uns bitte die nachfolgenden Fragen und senden uns das Dokument gut lesbar ausgefüllt vorab per Email oder Briefpost zurück.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Reiseziel(e): _____

geplantes Reisedatum: _____ Reisedauer: _____ (Tage, Wochen, Monate)

Art der Reise:

(z.B. Geschäftsreise oder Entsendung, urbanes Umfeld, Messebesuch, Besprechung mit Kunden/Partnern, field-excursions, private Reise, Familienbesuch, Badeurlaub, Trekking-/Rucksacktour, Safari, absehbare Tierkontakte, Hilfeinsatz etc.)

Vorerkrankungen: () ja () nein

wenn ja, welche: _____

Dauermedikamente: () ja () nein

wenn ja, welche: _____

Allergien: () ja () nein (z.B. Hühnereiweiß, Antibiotika etc.)

wenn ja, welche: _____

sonstige Besonderheiten: (z.B. Schwangerschaft, Blutgerinnungsstörung, Organtransplantation, Milzentfernung etc.)

Verträglichkeit bisheriger Impfungen: _____

_____, _____
(Ort) (Datum)

Unterschrift: _____