

MedVZ Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Leipzig gGmbH
MedVZ gGmbH | Liebigstraße 20 | 04103 Leipzig

MedVZ
Medizinisches Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum Leipzig gGmbH

Reisemedizin

Datum:

Patient

Name:

Vorname:

Geb.:

Adr.:

Tel.:

Mail:

Ansprechpartner / Bearbeiter

**MVZ am Universitätsklinikum Leipzig I
Kinderheilkunde**

Dr. med. Elena Sergeyev

Andrea Siegler

Marian Cwikowski

Dr. med. Dorothee Brandau

Dr. med. univ. Theda Walker

Liebigstraße 20-22, Haus 7.1, Gartengeschoss
04103 Leipzig

Telefon: 0341 97 12322

Telefax: 0341 97 12139

E-Mail: kinderheilkunde-liebigstraße@medvz-
leipzig.de

Reiseländer	Start			Abreise			Reisebedingungen		
	Tag	Mo.	Jahr	Tag	Mo.	Jahr	1	2	3
A									
B									
C									

Transitländer Hinflug:

Transitländer Rückflug:

Reisebedingungen (Mehrfachauswahl möglich):

1. Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels, Campingurlaub).
2. Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit organisierten Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren und gehobenen Standards).
3. Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen Standards).

Aufenthaltsorte (bestimmte Städte, Regionen, Nationalparks, Inseln, etc.):

Aktivitäten (Mehrfachauswahl möglich, nähere Details bitte unten ergänzen)

Badeurlaub

Individualreise

Rundreise, organisiert

visiting friends and relatives

Langzeitaufenthalt (Dauer?)

Sporturlaub (Art? Höhe?
Distanz? Letzter Tauchgang?)

Patient:

Geb.-Datum:

Gesundheitsfragen

1. Fühlen Sie/Ihr Kind sich aktuell gesund und fieberfrei?

Ja Nein, Symptome:

2. Liegt eine Hühnereiweißallergie vor?

Nein Ja, letzter Kontakt:

3. Liegen andere Allergien vor?

Nein Ja, folgende:

4. Wurden Unverträglichkeiten gegenüber Impfungen oder Medikamenten beobachtet?

Nein Ja, folgende:

5. Gab es nach Impfungen schon einmal Kreislaufreaktionen/Schwächezustände?

Nein Ja, folgende:

6. Besteht eine Blutungs- oder Thromboseneigung?

Nein Ja, folgende:

7. Leiden Sie/Ihr Kind an einer Epilepsie oder anderen neurologischen oder psychologischen Erkrankungen?

Nein Ja, folgende:

8. Leiden Sie/Ihr Kind an einer bösartigen Erkrankung/Krebs/Immunschwäche/Rheuma/Immunsuppression?

Nein Ja, folgende:

9. Nehmen Sie/Ihr Kind Medikamente ein?

Nein Ja, folgende:

10. Haben in den letzten 4 Wochen Impfungen stattgefunden?

Nein Ja, folgende:

Für Frauen:

11. Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?

Nein Ja, Details:

12. Wenn Sie/Ihr Kind HIV positiv oder Hepatitis positiv sind/ist, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.

Hinweis: Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sowie Reisemedikation sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen.

Die aktuell für ärztliche Leistungen berechneten Gebühren können in der Praxis angefragt werden.

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für administrative, Beratungs- und Impfleistungen sowie Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum

Unterschrift sorgeberechtigte Person (gern elektronisch)

Patient:

Alter:

Impfplan* für die Reise nach:

Impfung gegen	empfohlen	gewünscht	Grundimmun. abgeschlossen		Aufrischung aktuell	erforderl. Impfungen	Impfplan					
							1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin	5. Termin	nächste Aufrischung
							Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	

Anmerkungen*:

	Malaria- Prophylaxe	Expositionsprophylaxe	Chemoprophylaxe mit _____	Standby-Medikation _____
--	------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------------------

Anmerkungen*:

rot umrandet = Pflichtfeld - muss ausgefüllt sein, um Dokument zu speichern
* wird vom Arzt ausgefüllt
** Impfung erfolgt nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen