

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!  
Zur Erleichterung des organisatorischen Ablaufes in unserer Ambulanz bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen mit Angaben zur Vorgeschichte auszufüllen und beim Arzt abzugeben. Vielen Dank!

**Datum:**

**Nachname:**

**Vorname:**

**Größe:**

**Gewicht:**

**Findet die heutige Untersuchung im Zusammenhang mit einer Auslandsreise statt?**

Ja                       Nein

**Reiseziel:**

**Aufenthaltsdauer:**

**Datum der Rückkehr:**

**Reiseart:**

- (0) keine Reise  (5) Asylbewerber/Immigrant
- (1) Geschäftsreise  - Herkunftsland:
- (2) Abenteuer-(Rucksack-)reise  - Datum der Einreise
- (3) Verwandten-/Bekanntebesuch  (6) Andere
- (4) Pauschalreise

**Frühere Reisen (Reiseland und -jahr)**

**Was würden Sie als Ihre hauptsächlichen Gründe für die Vorstellung in unserer Ambulanz bezeichnen?**

- (1) Aktuelle Beschwerden
- (2) Tropentauglichkeitsuntersuchung
- (3) Allgemeine Tropenrückkehruntersuchung
- (4) Wiedervorstellung/Kontrolle
- (5) Andere

**Haben Sie derzeit Beschwerden?** Ja  Nein

**Falls Ja, welche?**

- (1) Fieber  (7) Hautbeschwerden
- (2) Müdigkeit  (8) Durchfall
- (3) Kopfschmerzen  (9) Übelkeit

- 
- (4) Neurologische Beschwerden  (10) Erbrechen   
(5) Harnwegsbeschwerden  (11) Blähungen   
(6) Beschwerden der Genitalorgane  (12) Andere Magen-Darm- Beschwerden

(13) Beschwerden anderer Art

Wie lange haben Sie bereits Beschwerden? Seit

Gegen welche Erkrankungen sind Sie geimpft?

- |                   |                          |                              |                          |
|-------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| (1) Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> | (7) Hepatitis A              | <input type="checkbox"/> |
| (2) Tetanus       | <input type="checkbox"/> | (8) Hepatitis B              | <input type="checkbox"/> |
| (3) Diphtherie    | <input type="checkbox"/> | (9) Tollwut                  | <input type="checkbox"/> |
| (4) Gelbfieber    | <input type="checkbox"/> | (10) Japanische Enzephalitis | <input type="checkbox"/> |
| (5) Typhus        | <input type="checkbox"/> | (11) FSME                    | <input type="checkbox"/> |
| (6) Meningokokken | <input type="checkbox"/> | (12) Andere                  | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie ein Gebiet bereist, in dem Malaria vorkommt? Ja  Nein

Falls Ja: haben Sie sich gegen Moskitostiche geschützt? Ja  Nein

haben Sie Medikamente zur Malariaphylaxe eingenommen? Ja  Nein

Bei Medikamenteneinnahme: regelmäßig?  unregelmäßig?

Welche Medikamente haben Sie eingenommen?

(1) Lariam  (3) Resochin u. Paludrine

(2) Resochin  (4) Andere

(4) Keine Einnahme von Medikamenten, jedoch Mitnahme eines Notfallmittels

Haben Sie eine Notfalltherapie gegen Malaria durchgeführt? Ja  Nein

Falls Ja: Mit welchem Mittel?

---

Können Sie sich an Süßwasserkontakte (Baden in Flüssen, Seen, etc.) während Ihrer Reise erinnern?

Ja  Nein

Falls Ja, wo?

---

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? Ja  Nein

Falls Ja, welche?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (außer Malariamitteln) ein? Ja  Nein

Falls Ja, welche?

---

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja  Nein

Falls Ja, wogegen?

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!