**Zusatzformular für Reisevorsorgen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  |  | Vorname: |  |
| Fachbereich: |  |  | Arbeitsgruppe: |  |
| Telefon (dienstlich): |  |  | Personalnummer: |  |
| Berufsbezeichnung: |  |  | | |

**Reiseländer/Regionen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Reiseländer/Regionen | Datum Anreise | Datum Abreise | Datum eines Voraufenthaltes im Reiseland (falls zutreffend) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Was ist der Grund Ihrer Reise und die Aufgaben vor Ort? | |  | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Reisen Sie alleine? |  | | Ja | |  | |  | | |  | | Nein | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Falls nein, mit wem reisen Sie? |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| In welcher Art von Unterkunft sind Sie untergebracht?  (Bspw. Hotel gehobener/mittlerer/niedriger Kategorie, Camping) |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| Wie verpflegen Sie sich?  (Bspw. Restaurant gehobener/mittlerer/einfacher Kategorie, Selbstverpflegung) |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| Haben Sie sich bereits eine Reiseapotheke zusammengestellt? |  | | Ja | | |  | |  | | |  | Nein | |  |
|  | | |  | |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| Gab es in der Vergangenheit gesundheitliche Probleme während einer Reise? |  | | Ja | | |  | |  | | |  | Nein | |  |
|  | | |  | |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| Falls ja, welche? |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| Wird während der Reise eine der folgenden Aktivitäten ausgeübt? |  | | Tauchen | | | | | |  | |  | Höhenaufenthalt | |  |
| Aufenthalt in großen Gemeinschaften | | | | | | | | | |  |  |
|  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |

**Weiter Angaben zur Reise**

**Impfschutz**

Im Folgenden bitten wir Sie die bei Ihnen bereits durchgeführten Impfungen soweit möglich in der Tabelle einzutragen. So entsteht schnell ein Überblick, welche für das Reiseland notwendigen Impfungen noch ergänzt oder aufgefrischt werden sollten. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne im Rahmen der Vorsorge.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Impfung gegen | Datum 1. Impfung | Datum 2. Impfung | Datum 3. Impfung | Impfung zuletzt durchgeführt am (bei mehr als 3 Impfungen) |
| Hepatitis A |  |  |  |  |
| Hepatitis B |  |  |  |  |
| Hepatitis A und B\* |  |  |  |  |
| Diphtherie |  |  |  |  |
| Polio |  |  |  |  |
| Pertussis |  |  |  |  |
| Masern |  |  |  |  |
| Tollwut |  |  |  |  |
| Typhus |  |  |  |  |
| Gelbfieber |  |  |  |  |
| Meningokokken |  |  |  |  |
| Japanische Enzephalitis |  |  |  |  |
| FSME |  |  |  |  |
| Cholera |  |  |  |  |

\*bei Kombinationsimpfung (beispielsweise mit dem Impfstoff *Twinrix*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kam es in der Vergangenheit zu außergewöhnlichen Impfreaktionen (z.B. Luftnot, allergischer Schock)? |  | Ja |  |  |  | Nein |  | |
|  |  | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| Haben Sie in der Vergangenheit bereits eine medikamentöse Malariaprophylaxe erhalten? |  | Ja |  |  |  | Nein | |  |
|  |  |  |  |  | |  |