



Hausärzte Bad Schwartau – Praxis Dr. med. Helge Züllich

Dr. med. Annika Kranich

Fachärztin für Innere Medizin, Hausärztin

Dr. med. Lisa Schulz

Fachärztin für Innere Medizin, Hausärztin

Dr. med. Helge Züllich

Facharzt für Innere Medizin, Hausarzt, Palliativmedizin

Lübecker Straße 52
23611 Bad Schwartau

Telefon 0451 23434
Telefax 0451 26793

www.hausaerzte-bad-schwartau.de
praxis@hausaeerzte-bad-schwartau.de

KIM-Email-Adresse:
0189256.kvsh@kv.dox.kim.telematik

Anamnesebogen zur reisemedizinischen Beratung

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Beantworten Sie als Vorbereitung für die reisemedizinische Beratung bitte folgende Fragen, insbesondere die Informationen zur Reise, möglichst genau. Bringen Sie vorhandene Unterlagen, z.B. vom Reiseveranstalter, sowie Ihren Impfausweis mit. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der strengen ärztlichen Schweigepflicht.

Hinweise zum Datenschutz und Einwilligungserklärung

Beim Besuch unserer Praxis als Patient werden personenbezogene Daten erhoben, gespeichert, verwendet und teilweise an Dritte übermittelt.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Einige Informationen sind Pflichtangaben (z.B. Name, Vorname, Adresse o.ä.), andere Angaben sind freiwillig (z.B. bekannte Allergien, Medikamenteneinnahme o.ä.). Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass eine sorgfältige und vertrauensvolle Behandlung nicht erfolgen kann, wenn die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt werden.

Ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und über Ihre Rechte finden Sie in unserer Datenschutzerklärung als Aushang in unserer Praxis oder auf unserer Webseite www.hausaerzte-bad-schwartau.de. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Hinweise zum Datenschutz gelesen habe und mit der Erhebung, Verwendung und Speicherung auch der freiwilligen personenbezogenen Daten einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname: _____ **Geb.-Datum:** _____

Anschrift: _____

Telefon: Festnetz: _____ Mobil: _____

Reisedaten:

Reiseziel	von ... bis ...	Art der Reise
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Art der Reise:

- A:** Reise durch das Landesinnere unter einfachen Bedingungen (Rucksack-/Trecking-/Individualreise) mit einfachen Quartieren/Hotels; Camping-Reisen; Langzeitaufenthalte; praktische Tätigkeit im Gesundheits- o. Sozialwesen; enger Kontakt zur einheimischen Bevölkerung wahrscheinlich
- B:** Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants mittleren bis gehobenen Standards)
- C:** Aufenthalt ausschließlich in Großstädten oder Touristikzentren (Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants gehobenen bzw. europäischen Standards)

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, wogegen? _____

Vertragen Sie den Verzehr von Hühnereiern oder Eiprodukten? Ja Nein**Sind bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten oder sonstige schwere Reaktionen aufgetreten?** Ja Nein**Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen?** Ja Nein

Wenn ja, an welchen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckererkrankung) | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Immunschwäche |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie (Krampfleiden) | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? Ja NeinSollten Sie Ihre Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine Absage spätestens zwei Tage vorher.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam