

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ ORT

KK Sektion der KK

Tel

Geb.Dat:

1) In welchen südlichen Ländern waren Sie schon?

Land von bis Dauer

2) Datum

der Abreise von Europa: _____

der Rückkehr nach Europa: _____

Wann planen Sie den nächsten Auslandsaufenthalt: _____

3) Welches war der Grund Ihres letzten Aufenthaltes im Ausland:

Ferienreise Firmenreise

4) Wie sind Sie gereist:

alleine zu zweit in einer Gruppe

5) Weswegen kommen Sie in unsere Sprechstunde?

wegen Beschwerden Ueberwiesung durch Arzt zum Check up andere Gründe

6) Schildern Sie Ihr Befinden im jetzigen Zeitpunkt

Ich habe Durchfall: nein ja

Wenn Sie zur Zeit an **Durchfall** leiden: Anzahl Entleerungen tags _____ nachts: _____

Wie sieht der Stuhl aus: wässrig breiig blutig Farbe

7) Während des *Auslandsaufenthaltes* aufgetretene Störungen:

wenn ja welche (Fieber, Durchfall, Haut; weitere) keine

8) Sind weitere Reiseteilnehmer erkrankt? Nein ja

9): Verhütung der Malaria mit Medikamenten

keine; ja mit Lariam oder Mephaquin Nivaquin Resochin
 anderen:

Einnahme begonnen am: ich nehme zur Zeit noch Malariamedikamente
 Einnahme aufgehört am keine Dosis vergessen Anzahl vergessener Dosen

10) Neueste Impfungen, gemäss Impfausweis

Gelbfieber Hepatitis A Hepatitis B Typhus Hep A+B
 weitere:

11) Gesundheitliche Risikofaktoren während des Auslandsaufenthaltes

Bitte unterstreichen Sie die zutreffenden Angaben

Trinkwasser	sauber, verdorben, filtriert, abgekocht
Bäder	Meer, Schwimmbad
Süßwasserkontakt	<input type="checkbox"/> ja: Seen Tümpel
Insekten	Moskitonetze, Air Condition; Abnorme Stichreaktionen
Enger Kontakt mit Tieren	Hunde Katzen, Vögel, Tierbisse
Nikotin	Zigaretten, Anzahl pro Tag
Alkohol	Menge Bier Wein weitere pro Tag
Medikamente	Pille, Vitamine, weitere
Sexuelle Kontakte	
Weiteres	

12) Weitere gesundheitliche Fragen:

Bitte unterstreichen Sie die zutreffenden Angaben

Appetit	gut, schlecht, ich nehme an Gewicht ab/ zu
Verdauung	gut, Blähungen, saures Aufstossen, ich vertrage kein Fett, Oberbauchschmerzen, Unterbauchschmerzen
Wasserlösen	normal, brennt, häufiger als gewöhnlich, Blut im Urin, Ausfluss aus Harnröhre
Haut	rein, juckt, Hautausschlag, Hautschwellung(en), starkes Schwitzen
Herz/Lunge	Atemnot, Druck oder Schmerzen, auf der Brust, Husten Auswurf
Zusätzlich für Patientinnen	Datum letzte Menstruation: Die Mens kommt alle Tage und dauert Tage Geburten: Ausfluss

13) Krankheiten und Operationen, die Sie gehabt haben:

Parasiten	Malaria, Amöben, Filarien, Bilharzia, Wurmerkrankungen
Infektionen	Gelbsucht, Typhus, Tuberkulose Geschlechtskrankheiten
Allergien	Nesselfieber, Heuschnupfen, Asthma Unverträglichkeiten auf Medikamente
Operationen:	

14) Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung?

15) Wann waren Sie zum letzten Mal bei einem Arzt/Hausarzt

16) Adresse des Hausarztes: _____

17) Darf Dr. _____ Ihren Arzt über die Ergebnisse orientieren? JA NEIN

18) weitere Bemerkungen: