

	Patientenversorgung	Qualitäts- Management
	Reisemedizinischer Check-up	

Reisemedizinischer Check-up

Angaben zur Person:

Name: _____ Alter: _____

Anschrift: _____

Reiseziel: _____

Abreisedatum: _____

Reisedauer: _____

Aufenthaltsdauer: _____

Sonstige Reisebedingungen:

Verkehrsmittel:

- Flugreise
- Schiffsreise
- Bus/Bahn/Bustransfer

besonders zu beachten:

- mitreisende Kinder
- starke Sonnenstrahlen
- Insektenschutz

Besteht Neigung zu:

- Sodbrennen
- Schlafstörungen
- Kopfschmerzen/*Migräne*
- Verdauungsprobleme
- Thromboseneigung



Leiden Sie unter Allergien oder chronischen Krankheiten, welche?

Erstellt:	Freigegeben:	Seite 1
Name: Kathrin Özcan	Name: Alexander Adamek	Version 1
Datum: 12.01.2021	Datum: 18.01.2021	12.10.2023