

Name*		Vorname*	
Straße*		Geburtsdatum*	
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d Geschlecht	
PLZ*	Ort*	Telefon / E-Mail	
Firma (Arbeitgeber)*		Straße (Arbeitgeber)*	
		Hausnummer*	
PLZ (Arbeitgeber)*	Ort (Arbeitgeber) / Filiale*	Tätigkeit*	

\*Pflichtangaben

1. Wann findet die Reise statt?
2. Wie lange dauert die Reise?
3. Beschreiben Sie bitte genau die Reiseroute (Landkarte), werden verschiedene Stationen bereist?
4. Wer reist mit Ihnen?  Kolleg\*innen  Familie  Freund\*innen/Bekannte
5. Wurde schon einmal eine Reise in ein Land mit besonderer klimatischer Anforderung unternommen?  Ja  Nein  
 Wenn ja, wo?
6. Ist aufgrund besonderer Reiseanforderungen (Unterbringung, ländliche Gebiete) etc. mit stärkeren Hygienemängeln oder verzögerter medizinischer Versorgung zu rechnen?  Ja  Nein
7. Ist aufgrund der vor Ort ausgeübten Tätigkeit mit gehäuften engen sozialen Kontakten (z. B. auch Charity-Aufgaben) zu rechnen?  Ja  Nein
8. Ist aufgrund der vor Ort ausgeübten Tätigkeit mit gehäuften Tierkontakten zu rechnen?  Ja  Nein
9. Ist mit besonderen Umweltbelastungen wie z. B. Luftverschmutzung zu rechnen?  Ja  Nein
10. Bestehen besondere Anforderungen durch die Geografie (z. B. Hochgebirge)?  Ja  Nein
11. Bestehen Vorerkrankungen?  Ja  Nein
12. Werden regelmäßig Medikamente benötigt?  Ja  Nein

**§** Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**— Von PIMA auszufüllen —**

Arbeits- / Eigenanamnese / Beratung:

Weitere Untersuchungen sofern erforderlich (erforderliche Untersuchungen ankreuzen):

o.p.B.    p.B. (siehe Anlage oder ggf. Dokumentation)

- |  |                          |                          |       |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Urinstatus                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> Labor (Blut inkl. ggf. Serologie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> Stuhluntersuchung                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> EKG                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> Ergometrie                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> Lungenfunktion                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                        |                          |                          | ..... |

II. Impfstatus

Impfung	Vorimpfung	Schema	Empfehlung und Dauer der Schutzimpfung
<input type="checkbox"/> Hepatitis A			
<input type="checkbox"/> Hepatitis B			
<input type="checkbox"/> Typhus			
<input type="checkbox"/> Cholera			
<input type="checkbox"/> Tollwut			
<input type="checkbox"/> FSME			
<input type="checkbox"/> Gelbfieber			
<input type="checkbox"/> Dengue			
<input type="checkbox"/> Japanische Enzephalitis			
<input type="checkbox"/> Meningokokken (ACWY)			
<input type="checkbox"/> Meningokokken (B)			
<input type="checkbox"/> Tetanus			
<input type="checkbox"/> Diphtherie			
<input type="checkbox"/> Polio			
<input type="checkbox"/> Pertussis			
<input type="checkbox"/> Mumps-Masern-Röteln			
<input type="checkbox"/> Windpocken			
<input type="checkbox"/> Herpes zoster			
<input type="checkbox"/> COVID-19			
<input type="checkbox"/> Grippe (Influenza)			

III. Beratung:

<b>A) Medikamentöse Malariaprophylaxe</b>
<input type="checkbox"/> Durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht notwendig
Notizen:

<b>B) Beratung zu Reiseapotheke, Hygiene und Insektenschutz</b>
<input type="checkbox"/> Durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht notwendig
Notizen:

<b>C) Beratung zu Reise- und Sicherheitshinweise gem. dem auswärtigem Amt.</b>
<input type="checkbox"/> Durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht notwendig
Notizen:

Vorsorgeuntersuchung vom <input type="text"/>						
Anlass	E / N	A / P / W	Bemerkung	Nächste Untersuchung	Arzt	Eingabe durch
E AIA						
E=Erst- und Nachvorsorge   N=Nachuntersuchung   A=Angebotsvorsorge   P=Pflichtvorsorge   W=Wunschvorsorge						

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben (Arzt)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Arzt)