

Kreis Coesfeld, 48651 Coesfeld

Hausanschrift Schützenwall 16, 48653 Coesfeld
Postanschrift 48651 Coesfeld
Abteilung 53 - Gesundheitsamt
Geschäftszeichen Reisemedizin
Auskunft Dr. med Peter Heitmann
Raum Nr. 209, Gebäude 3
Telefon-Durchwahl 02541 / 18-5466
Telefon-Vermittlung 02541 / 18-0
Fax 02541 / 18-5396
E-Mail peter.heitmann@kreis-coesfeld.de
Internet www.kreis-coesfeld.de

Datum

Anmeldebogen Reisemedizinische Beratung/Gelbfieberimpfung

Bitte vor der Beratung/Impfung ausfüllen.

| | |
|--------------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Straße und Hausnummer | |
| Postleitzahl und Wohnort | |
| E-Mail | |
| Telefon | |
| | |

Angaben zum Reiseziel/Reiseplan:

| | |
|-----------------------|---|
| Reiseorte | |
| Urlaubs-/Arbeitsdauer | |
| Art der Reise | <input type="checkbox"/> Hotel- und Badeurlaub <input type="checkbox"/> Treckingtour <input type="checkbox"/> Backpacker <input type="checkbox"/> Geschäftsreise |

Konten der Kreiskasse Coesfeld

Sparkasse Westmünsterland **IBAN** DE54 4015 4530 0059 0013 70
 VR-Bank Westmünsterland eG **IBAN** DE68 4286 1387 5114 9606 00

Sie erreichen uns ...

Mo – Do 8.30 – 12.00 Uhr und 14.00 – 16.00 Uhr
 Fr 8.30 – 12.00 Uhr
 und nach Terminabsprache

Krankheitsvorgeschichte (Anamnese)**Ja Nein**

1. Leiden Sie z.Zt. an einer akuten oder chronischen Erkrankung?
Welche Erkrankung? _____

2. Nehmen Sie z.Zt. Medikamente?
Welche? _____

3. Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?

4. Hatten Sie früher eine Nerven- oder Gehirnhautentzündung?

5. Besteht eine Allergie z.B. gegen Hühnereiweiß (Impfungen/Medikamente)?

6. Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen oder Injektionen erfolgt?

7. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

 Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum _____

Unterschrift des Reisenden

Nur vom Arzt auszufüllen**Ja Nein**

Reiseberatung (nur Gelbfieber)

Reiseberatung (groß – weitere Impfungen)

Gelbfieberimpfung