

## Anmeldung Reiseberatung

### Personalien

Name: ..... Telefon: .....  
Vorname: ..... Mobilnummer: .....  
Strasse, Nr.: ..... E-Mail-Adresse: .....  
PLZ, Ort: ..... Geburtsdatum: .....

Betrifft der Beratungstermin noch zusätzliche Personen wie z. B.: Reisepartner:in?

Wenn ja:

Vorname, Name: ..... Geburtsdatum: .....  
Vorname, Name: ..... Geburtsdatum: .....  
Vorname, Name: ..... Geburtsdatum: .....

**Bitte pro Haushalt eine Anmeldung ausfüllen.**

### Reiseangaben

Reiseroute / Länder: .....  
Aufenthaltsdauer: .....  
Abreisedatum: .....  
Art der Reise:  Tourist  Familienbesuch  Geschäftlich  .....  
Aktivitäten:  Tauchen  Humanitäre Hilfe  .....

Nachdem wir Ihre Anmeldung erhalten haben, melden wir uns telefonisch für eine Terminvereinbarung bei Ihnen.

Bitte bringen Sie zur Reiseberatung Folgendes mit:

- Alle originalen Impfausweise- /Dokumentationen
- Bargeld oder EC-Karte

Die Reiseberatung muss nach dem Termin gleich bezahlt werden. Der Leistungsbeleg kann der Zusatzversicherung eingeschendet werden. Eine Preisliste finden Sie auf unserer [Internetseite](#).

Bitte senden Sie die Anmeldung inkl. ausgefülltem Fragebogen elektronisch an: [reisemedizin@ksw.ch](mailto:reisemedizin@ksw.ch) oder per Post an: Kantonsspital Winterthur, Medizinische Poliklinik / Reisemedizin, Brauerstrasse 15, Postfach, 8401 Winterthur

## Wie sind sie auf unser Angebot aufmerksam geworden?

- Internet       Reisebüro       Apotheke       Empfehlung Bekannte
- Andere: .....

## Weitere Fragen

	Ja	Nein
Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber (über 38°)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Allergie oder Unverträglichkeit auf Medikamente oder andere Substanzen (Bienengift, Nahrungsmittel, Hühnereiweiss etc.) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Hepatitis (Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Epilepsie oder Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie wegen psychiatrischen Krankheiten (z.B. Depressionen Oder ähnlichen) behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Informieren Sie bitte den Arzt, falls Sie HIV-positiv sind, da in diesem Falle für bestimmte Impfungen besondere Vorsichtsmassnahmen zu beachten sind!*

Nehmen Sie bitte zur Kenntnis: Die Impfungen, welche Sie möglicherweise erhalten werden, sind grundsätzlich alle gut verträglich. Etwa 5-10% der Geimpften entwickeln an der Impfstelle leichte Schmerzen und/oder können in den folgenden Tagen leichtes Fieber entwickeln. Stärkere Lokalreaktionen und höheres Fieber treten seltener auf.

Aus juristischen Gründen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass jede Impfung mit einem **sehr kleinen Risiko** einer schweren unerwünschten Nebenwirkung (z. B. unvorhersehbare allergische Reaktion, Lähmungen, Schädigungen von Organsystemen) behaftet ist. Dieses Risiko ist in jedem Falle sehr viel kleiner, als das Risiko von schweren, z. T. tödlichen Folgen jener Krankheit, welche durch die Impfung verhütet werden.

Unsere Empfehlungen wägen immer die Risiken von Erkrankungen und Impf-Nebenwirkungen sorgfältig gegeneinander ab.

Datum: .....

Unterschrift: .....