

Selbstzertifizierung von Reisenden

In BLOCKSCHRIFT ausfüllen

Name		Etichetta AMB Viaggio
Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse/PLZ/Ort		
Nationalität		
Tel. Privat		

Reiseziel
 Reisedatum
 Grund der Reise geschäftlich Tourismus Daueraufenthalt andere
 Aufenthaltsdauer Anzahl Tage
 Reisebedingungen bescheiden gut luxuriös
 Erste Reise in die Tropen? JA NEIN
 Überwiesen vom Hausarzt? JA NEIN

Haben Sie derzeit eines der folgenden Probleme?			
Fieber	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Nebenwirkungen auf Impfungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Allergien (Eier, Medikamente)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Psoriasis	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Tumoren	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Neurologische Krankheiten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Kardiovaskuläre Erkrankungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Immundefizit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Emotionelle/psychische Beschwerden	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Haben Sie Gesundheitsprobleme?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	

Medikamentenliste/Allergien/Bemerkungen:



Sind Sie damit einverstanden, als Erinnerung, eine SMS zu erhalten?

JA

NEIN

Bitte, teilen Sie dem Arzt mit, wenn Sie an einer Krankheit des Immunsystems oder an Allergien leiden und wenn Sie Medikamente einnehmen!

Im Falle einer Impfung gegen Gelbfieber, Masern, Mumps, Röteln: wird empfohlen eine Schwangerschaft in den darauf folgenden 4 Wochen zu vermeiden.

Ort, Datum

Unterschrift