



**Stefan Gibhardt**

Facharzt für Innere Medizin  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Notfallmedizin

**Thorsten Schnorr**

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Manuelle Medizin / Chirotherapie  
Notfallmedizin

---

Sensensteinstraße 2 | 34260 Kaufungen | ☎ 05605 4855 | Fax: 05605 70114 email: info@hausarzt-kaufungen.de

Liebe/r Patient/in ,

Sie planen eine Reise. Wir unterstützen Sie bei Ihrem Vorhaben und sind für reisemedizinische Fragen gerne Ihr Ansprechpartner.

Um Sie optimal betreuen zu können bitten wir, den Fragebogen ausgefüllt und zusammen mit Ihrem Impfpass .....Tage vor dem mit uns vereinbarten Sprechstundentermin in der Praxis abzugeben.

Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir um rechtzeitige Absage .

Falls sich Ihre Telefonnummer / Erreichbarkeit ändert, teilen Sie uns dies bitte mit.

Bitte beachten Sie:

Reiseimpfleistungen, Reiseberatungen sind keine GKV Leistungen.  
Eine evtl. Kostenerstattung erfragen Sie bitte bei Ihrer Krankenkasse.

Danke für nachfolgende Angaben:

**Anamnesebogen :**

---

Name:.....Vorname:.....Geb.-Datum:.....

Reiseziele:.....

mit geplanten Aufenthalten in:.....oder falls

Rundreisen wohin?.....

Art der Reise:

a.) Beruflich ( )                      Urlaub ( )                      Sonstiges ( )

b.) z.B. Rundreise, Rucksackreise, Trekking, enge soziale Kontakte zur Bevölkerung:

.....  
.....

b.w.

Aufenthaltsdauer: vom .....bis .....= .....Dauer /in Wochen

Langzeitreisende? .....

Art der Unterbringung / Übernachtung / Ort:

z.B. Touristenanlage, Hotel, Camping, wechselnde Unterkünfte ( wenn ja, welcher Art?).....

.....

Nehmen Sie Medikamente ein? wenn ja, welche Dosierung?

.....

Benötigen Sie ein Attest über die Mitnahme Ihrer  
Dauermedikamente? .....

.....

-----  
Sonstige Informationen:

-----  
Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung( DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Wir haben die Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis ausgelegt und stellen Ihnen diese gern auch in schriftlicher Form zur Mitnahme zur Verfügung.

◆ Ja, ich möchte eine DSGVO - Patienteninformation mitnehmen.

◆ Nein, ich bin über die in der Praxis ausgelegten DSGVO - Patienteninformation ausreichend informiert.

Bitte entsprechend angeben.

Datum: -----

Unterschrift ( Patient) :-----

Vielen Dank Ihr Praxisteam