

Aufnahme-Nummer:	
Name	Vorname
Geburtsdatum	

Nr.	Datum
Uhrzeit	

Waren Sie oder ein Familienmitglied in den letzten 4 Monaten im Ausland: ja nein
 Aufenthaltsdauer:

Hatten Sie Kontakt mit Personen, welche im Ausland waren: ja nein

- Land:** Afrika Asien
 Australien Europa
 Nordamerika Mittel- / Südamerika

Erkrankungen während der Reise

Insektenstich / Tier-Biss Verzehr von ungereinigtem / unsauberem Obst / Gemüse / Wasser

Impfschutz: Pocken Gelbfieber Hepatitis Tetanus Tollwut Typhus

Sonstige:

Beschwerden:

- Fieber: intermittierend kontinuierlich seit ca. Tagen Schüttelfrost
 Kopfschmerz Nackensteife Schwindel Augenschmerzen Sehstörungen
 Durchfall: wässrig breiig blutig entfärbt
 Erbrechen Schleimhautblutungen Hautausschlag Hautpusteln Hautverfärbungen
 Gelenkbeschwerden

Sonstige Beschwerden:

Kurzbefund:

Bewusstsein: wach stuporös komatös

Fieber: °C axillär rektal Ohr

Blutdruck: / mmHg Puls: / Min. regelmäßig arrhythmisch

Lunge:

Herz:

Abdomen:

Extremitäten:

Haut:

Neurologie:

Sonstiges:

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Name: _____ Unterschrift: _____