

Reisemedizinischer Online-Fragebogen

Bitte pro Person einen Fragebogen ausfüllen. Die Qualität meiner Beratung hängt von der Richtigkeit Ihrer Angaben ab. Falsche oder unklare Angaben können zu falschen oder widersprüchlichen Informationen führen. Bitte beachten Sie: Nicht angekreuzte Felder werden als „Nein“ interpretiert. Ihre hier gemachten Angaben werden **streng vertraulich** behandelt.

Fragen zur Person

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Vorname	
Name	
Strasse	
PLZ & Wohnort	
Telefon (Festnetz)	
Telefon (Mobil)	
E-Mail	
Geburtsdatum	
bei Kindern <16 J. Gewicht in kg	

Gesundheitsfragen

Fühlen Sie sich aktuell gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, weshalb?	
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Hatten Sie je eine Gelbsucht (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, wann und in welcher Form?	
Leiden oder litten Sie an psychischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	

Wurde bei Ihnen je eine Epilepsie festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen die Milz entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen die Thymusdrüse(Bries) entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einer Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Leiden Sie an Diabetes(Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer chron. entz. Darmerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie je eine Thrombose oder Lungenembolie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern je Thrombosen oder Lungenembolien aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, bei wem?	
Nehmen Sie Blutverdünner ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	

Frauenspezifische Fragen

Besteht aktuell eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Empfängnisverhütung ein (z.B. Pille)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragen zum Reiseziel und zur Reiseart

Bitte geben Sie die Länder und genaue Reiseroute mit jeweiliger Aufenthaltsdauer an:

--

Abreisedatum?	
Wie lange werden Sie reisen?	

Art der Reise (mehrere Antworten möglich)

- alleine in Gruppe organisiert improvisiert
 privat beruflich Kurzzeit Langzeit
 Wandern Bergsteigen Rucksack/Trekking
 Safari Kreuzfahrt Auto/Mietwagen
 Strand- und Badeurlaub Kulturreise Familienbesuch

<input type="checkbox"/> Projektarbeit, wenn ja in welcher Form?
--

Übernachtung (mehrere Antworten möglich)

- Hotel, guter Standard Hotel, niedriger Standard
 Camping/Outdoor bei Familie oder Bekannten

Aktivitäten im Reiseland (mehrere Antworten möglich)

- Fahrradreise Tauchen Höhlenbesuch Höhenbergsteigen

<input type="checkbox"/> Trekking, wenn ja Dauer	
<input type="checkbox"/> andere	