

## 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	