

# Reisemedizinischer Fragebogen

## Personalien:

<b>Nachname</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Strasse</b>	
<b>PLZ &amp; Wohnort</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>bei Kindern &lt;16J. Gewicht in kg</b>	

## Daten zur geplanten Reise:

<b>Abreisedatum</b>	
<b>Rückkehrdatum</b>	
<b>Reisedauer</b>	
<b>Genutztes Verkehrsmittel</b>	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Schiff <input type="checkbox"/> Flugzeug <input type="checkbox"/> Sonstige
<b>Flugdauer (Stop-over?)</b>	
<b>bereiste Länder (bitte auch genau die Region bzw. Städte und evtl. Transferländer angeben) - ggf. Beiblatt verwenden</b>	
<b>Unterkunft</b>	<input type="checkbox"/> einfache Bedingungen: Camping, Rucksack-/Trekkingtouren <input type="checkbox"/> Pauschalreise/Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants gehobener bis europ. Standard <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalte (= länger als 4-6 Wochen) <input type="checkbox"/> enger Kontakt zur einheimischen Bevölkerung <input type="checkbox"/> prakt. Tätigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen
<b>Aktivitäten im Land</b>	<input type="checkbox"/> Städtereise <input type="checkbox"/> Strandurlaub <input type="checkbox"/> Nationalparks/Reservate <input type="checkbox"/> Kreuzfahrten <input type="checkbox"/> Dschungeltour <input type="checkbox"/> Höhlen (Fledermäuse) <input type="checkbox"/> Bergsteigen <input type="checkbox"/> Tauchen <input type="checkbox"/> andere, und zwar:
<b>Reisebesonderheiten</b>	<input type="checkbox"/> private Reise <input type="checkbox"/> berufliche Reise <input type="checkbox"/> Studienaufenthalt

## Medizinische Daten:

Leiden Sie unter Allergien gegenüber Medikamenten, Impfungen/Hühnereiweiß?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie in den letzten 3 Monaten geimpft?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter folgenden chronischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, wenn ja: insulinpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale oder chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> chronischen Infektionskrankheiten wie Hepatitis B/C oder HIV <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Leber <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie <input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit, wenn ja: Bypässe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar:
Leiden Sie an einer Herz-erkrankung/Herzrhythmus-störungen?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Psychische Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie oder ein Familienmitglied schon einmal eine Thrombose?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?	
Für Patientinnen:	Besteht aktuell eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie die Antibabypille? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht aktuell ein Schwangerschaftswunsch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie eine Brille/Kontaktlinsen, ein Hörgerät oder Prothesen?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja, ich rauche täglich ca. ____ Zigaretten <input type="checkbox"/> nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.