

# Reisemedizinischer Fragebogen

## Personalien:

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ & Wohnort	
Telefonnummer	
bei Kindern <16J. Gewicht in kg	

## Daten zur geplanten Reise:

Abreisedatum	
Rückkehrdatum	
Reisedauer	
Genutztes Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Schiff <input type="checkbox"/> Flugzeug <input type="checkbox"/> Sonstige
Flugdauer (Stop-over?)	
bereiste Länder (bitte auch genau die Region bzw. Städte und evtl. Transferländer angeben) - ggf. Beiblatt verwenden	
Unterkunft	<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
Aktivitäten im Land	<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:
Reisebesonderheiten	<input type="checkbox"/> private Reise <input type="checkbox"/> berufliche Reise <input type="checkbox"/> Studienaufenthalt

**Medizinische Daten:**

<b>Leiden Sie unter Allergien gegenüber Medikamenten, Impfungen/Hühnereiweiß?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
<b>Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
<b>Wurden Sie in den letzten 3 Monaten geimpft?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
<b>Leiden Sie unter folgenden chronischen Erkrankungen?</b>	<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 Hepatits 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:
<b>Leiden Sie an einer Herz-erkrankung/Herzrhythmus-störungen?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
<b>Psychische Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
<b>Hatten Sie oder ein Familienmitglied schon einmal eine Thrombose?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
<b>Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?</b>	
<b>Für Patientinnen:</b>	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
<b>Tragen Sie eine Brille/Kontaktlinsen, ein Hörgerät oder Prothesen?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
<b>Sind Sie Raucher?</b>	<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.