

Fragebogen

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig aus. Je detaillierter Ihre Angaben sind, desto präziser kann Ihre persönliche Reiseberatung erstellt werden.

Name: _____

Reiseland: _____

Langaufenthalt (mehr als 4 Wochen)

Kurzaufenthalt (weniger als 7 Tage)

Abreisedatum (Tag.Monat.Jahr): _____

Art der Reise (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Städtereise | <input type="checkbox"/> Geschäftsreise - Stadt |
| <input type="checkbox"/> Kreuzfahrt | <input type="checkbox"/> Selbstorganisierte Individualreise |
| <input type="checkbox"/> Strand / Badeurlaub | <input type="checkbox"/> Muslimische Pilgerreise |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsreise – Land | <input type="checkbox"/> Anreise mit Flugzeug |

Gepante Aktivitäten (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gerätetauchen | <input type="checkbox"/> Höhengaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Schnorcheln | <input type="checkbox"/> Regenwald- / Tropenaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Bergsteigen | <input type="checkbox"/> Party & Feiern |
| <input type="checkbox"/> Wüstentour | <input type="checkbox"/> Trekkingtour / Zelten |

Vorerkrankungen (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankung
(z.B. Glaukom, Retinopathie) | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebsleiden mit laufender
Chemotherapie |
| <input type="checkbox"/> Chronische Infektionskrankheiten
(z.B. Hepatitis, HIV) | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Milz-Entfernung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Operationen im letzten Jahr |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Rheuma / Gicht |
| <input type="checkbox"/> G6PD Mangel | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen
(z.B. Schuppenflechte, Psoriasis) | <input type="checkbox"/> Venenleiden / Thrombose |

Aktuelle Medikamenteneinnahme (Mehrfachauswahl möglich)

- Cortison-Tabletten
- Immunsuppressiva
- Herz-Kreislaufmedikament
- Gerinnungshemmende Medikamente
(täglich Aspirin, Plavix od. Marcumar)
- Schmerzmittel
- Psychopharmaka
- Orales Kontrazeptivum ("Pille")

- Mitnahme von Medikamenten geplant

andere Medikamenteneinnahme:

Alter / Schwangerschaft / Kinder (Mehrfachauswahl möglich)

- Alter über 60 Jahre
- Schwangerschaft
- Stillen während der Reise
- aktueller Kinderwunsch
- Kleinkinder mit auf Reisen
- Neugeborenes mit auf Reisen

Alter des mitreisenden Kindes (in Jahre): _____

Ihre Anmerkungen / Fragen
