

Aktivitäten im Reiseland	<ul style="list-style-type: none"> ○ Städtereise ○ Geführte Touren (Nationalpark/Reservate etc.) ○ Strandurlaub ○ Kreuzfahrten ○ Bergsteigen/Terkkingtouren ○ Tauchen (auch im Rahme einer andren Reise, z.B. Kreuzfahrt) ○ Andere Vorhaben: _____
--------------------------	---

Medizinische Daten

Bekannte Allergien (Medikamente/Hühnereiweiß/Insekten)?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nein ○ Ja: _____ 						
Impfungen in den letzten 4 Wochen?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nein ○ Ja: _____ 						
Impfkomplikationen?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nein ○ Ja: _____ 						
Chronische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes mellitus (insulinpflichtig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein) ○ Erhöhter Blutdruck ○ Lungenerkrankung (Asthma/COPD) ○ Herzerkrankung (Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörung) ○ Folgen eines Schlaganfalls ○ Z.n. Lungenembolie/Thrombosen ○ Suchterkrankung (Nikotin/Alkohol/andere Substanzen) ○ Psychische Erkrankungen inkl. Angststörungen (z.B. Platzangst) 						
Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nein ○ Ja: _____ 						
Brillenträger?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nein ○ Ja 						
Hörgeräte erforderlich?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nein ○ Ja 						
Herzschrittmacher oder andere Implantate vorhanden?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nein ○ Ja 						
Für Patientinnen	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Besteht eine Schwangerschaft</td> <td style="border: none;"><input type="radio"/> Ja</td> <td style="border: none;"><input type="radio"/> Nein</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Nehmen Sie die Antibabypille</td> <td style="border: none;"><input type="radio"/> Ja</td> <td style="border: none;"><input type="radio"/> Nein</td> </tr> </table>	Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Nehmen Sie die Antibabypille	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein					
Nehmen Sie die Antibabypille	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein					

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens. Ihre Daten werden vertraulich behandelt.