

# Fragebogen



Bitte pro Person einen Fragebogen ausfüllen. Ohne zusätzliche Kosten können für Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner und für mitreisende Kinder weitere Fragebogen beigelegt werden. Die Qualität meiner Beratung hängt von der Qualität Ihrer Angaben ab. Falsche oder widersprüchliche Angaben führen zu ebenso falschen oder widersprüchlichen Informationen. Bitte beachten Sie: Nicht angekreuzte Felder werden als 'Nein' interpretiert.

Ihre hier gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Anrede	Herr	Frau
Vorname	_____	_____
Name	_____	_____
Strasse	_____	_____
PLZ u. Wohnort	_____	_____
Telefon	_____	_____
Mobil	_____	_____
E-Mail Adresse	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Bei Kindern <16 Jahre bitte Gewicht angeben	_____	_____ kg

## Gesundheitsfragen

Fühlen Sie sich aktuell gesund?	Ja	Nein
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	Ja	Nein
wenn ja, weshalb	_____	_____
Leiden Sie unter Allergien?	Ja	Nein
wenn ja, welche	_____	_____
Nehmen Sie Medikamente ein?	Ja	Nein
wenn ja, welche	_____	_____
Haben Sie je eine Gelbsucht durchgemacht?	Ja	Nein
wenn ja, welche Form und in welchem Alter	_____	_____
Leiden oder litten Sie je an psychischen Erkrankungen?	Ja	Nein
wenn ja, welche	_____	_____

Wurde bei Ihnen je eine Epilepsie festgestellt?	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen die Milz entfernt/operiert?	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen der Thymus (Bries) entfernt/operiert?	Ja	Nein
Nehmen Sie Blutverdünner ein?	Ja	Nein

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen je eine Thrombose oder Lungenembolie aufgetreten?	Ja	Nein
---	----	------

Sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern je Thrombosen oder Lungenembolien aufgetreten?	Ja	Nein
--	----	------

wenn ja, bei wem \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer Immunschwäche?	Ja	Nein
---------------------------------------	----	------

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?	Ja	Nein
---	----	------

Leiden Sie an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung?	Ja	Nein
---	----	------

### **Frauenspezifische Fragen**

Besteht aktuell eine Schwangerschaft?	Ja	Nein
---------------------------------------	----	------

Nehmen Sie Empfängnisverhütung ein (zB Pille)?	Ja	Nein
--	----	------

Stillen Sie?	Ja	Nein
--------------	----	------

### **Reiseziel**

Bitte geben Sie die Länder und genaue Reiseroute mit jeweiliger Aufenthaltsdauer an.

---

---

---

---

---

---

---

---

Abreisedatum? \_\_\_\_\_

Wie lange werden Sie reisen? \_\_\_\_\_

**Art der Reise** (mehrere Antworten möglich)

Organisiert	Rucksack/ÖV	Strandurlaub
Kreuzfahrt	Auto/Mietwagen	Safari
Familienbesuch	Beruflich	Langzeit

Projektarbeit, wenn ja welche Form \_\_\_\_\_  
andere \_\_\_\_\_

**Übernachtung** (mehrere Antworten möglich)

Hotel, guter Standard	Hotel, niedriger Standard
Camping	bei Bekannten oder Familie

**Aktivität im Reiseland** (mehrere Antworten möglich)

Tauchen	Trekking, wenn ja Dauer _____
Fahrradreise	Höhlenbesuch

andere \_\_\_\_\_

**Individuelle Fragen**

---

---

---

---

---

---

---

**Schicken Sie diesen Fragebogen zusammen mit einer Kopie Ihres Impfausweises an [praxis@tropen-arzt.ch](mailto:praxis@tropen-arzt.ch) oder an Fax 044 930 29 54. Sie erhalten darauf eine Bestätigung per E-Mail mit Hinweisen zur Zahlung mittels PayPal. Nach eingegangener Zahlung erhalten Sie meine Empfehlungen per E-Mail.**

Dr. med. Robert van der Ploeg