

Datum: _____

Reisemedizinischer Fragebogen

Persönliche Daten

| | |
|---------------------|--|
| Nachname | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Strasse | |
| PLZ und Wohnort | |
| Email-Adresse | |
| Telefonnummer | |
| Körpergröße in cm | |
| Körpergewicht in kg | |

Reisedaten

| | |
|--|---|
| Abreisedatum | |
| Rückkehrdatum | |
| Reiseziel/Reiseländer (möglichst genau Region/Städte, auch Transferländer, ggf. Rückseite verwenden) | |
| Art der Reise | <input type="radio"/> Private Reise <input type="radio"/> Berufliche Reise <input type="radio"/> Auslandssemester Studium |
| Verkehrsmittel, An-/Abreise, im Reiseland | <input type="radio"/> PKW <input type="radio"/> Bus <input type="radio"/> Flugzeug <input type="radio"/> Schiff <input type="radio"/> Sonstiges: _____ |
| Unterkunft/Reisedauer/Kontakt | <input type="radio"/> Einfache Bedingungen (Camping/Rucksack-/Trekkingtouren o.ä.) <input type="radio"/> Ferienwohnung/-haus, Selbstverpflegung <input type="radio"/> Hotel <input type="radio"/> Langzeitaufenthalt (>4 Wochen) <input type="radio"/> Enger Kontakt zu einheimischen Bevölkerung |