



Expeditions- und höhenmedizinischer Online-Fragebogen

Bitte pro Person einen Fragebogen ausfüllen. Die Qualität meiner Beratung hängt von der Richtigkeit Ihrer Angaben ab. Falsche oder unklare Angaben können zu falschen oder widersprüchlichen Informationen führen. Bitte beachten Sie: Nicht angekreuzte Felder werden als „Nein“ interpretiert. Ihre hier gemachten Angaben werden **streng vertraulich** behandelt.

Fragen zur Person

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Vorname	
Name	
Straße	
PLZ & Wohnort	
Telefon (Festnetz)	
Telefon (Mobil)	
E-Mail	
Geburtsdatum	
bei Kindern <16J. Gewicht in kg	

Gesundheitsfragen

Fühlen Sie sich aktuell gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, weshalb?	
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Hatten Sie je eine Gelbsucht (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, wann und in welcher Form?	
Leiden oder litten Sie an psychischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	

Wurde bei Ihnen je eine Epilepsie festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen die Milz entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen die Thymusdrüse (Bries) entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einer Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer chron. entz. Darmerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie je eine Thrombose oder Lungenembolie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern je Thrombosen oder Lungenembolien aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, bei wem?	
Nehmen Sie Blutverdünner ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	

Frauenspezifische Fragen

Besteht aktuell eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Empfängnisverhütungen ein (z.B. Pille)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Höhenspezifische Fragen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Herz- und/oder Kreislaufsystems?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der Lunge und/oder der Atemwege?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der Niere/n und/oder der ableitenden Harnwege?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Muskel- und/oder Skelettsystems?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des zentralen und/oder peripheren Nervensystems?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Sind Ihre Zähne gesund und/oder saniert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie sich schon einmal in Höhen > 4000m aufgehalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, wo, wann und wie lange?	
Haben Sie schon einmal in Höhen > 2500m geschlafen/übernachtet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind dabei gesundheitliche Probleme aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche?	
Litten Sie in der Höhe schon einmal an Symptomen der sog. „Akuten Bergkrankheit“	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wo, wann, in welcher Höhe und in welcher Form?	
z.B. Leistungsminderung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Appetitlosigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer, Luftnot)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Unterhautschwellungen(Ödeme)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Husten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Lungenödem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Übelkeit und/oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Sehstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Gangunsicherheit und/oder Bewegungs- bzw. Koordinationsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Sehstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Übelkeit und/oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
z.B. Hirnödem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde aus den o.g.Gründen jemals eine ärztliche Behandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, wo, wann und welche?	

Fragen zum Reiseziel und zur Reiseart

Bitte geben Sie Länder und geplante Reiseroute mit jeweiliger Aufenthaltsdauer an:

--

Abreisedatum?	
Wie lange werden Sie reisen?	

Art der Reise (mehrere Antworten möglich)

- alleine in Gruppe organisiert improvisiert
- privat beruflich Kurzzeit Langzeit
- Wandern Bergsteigen Rucksack/Trekking
- Safari Kreuzfahrt Auto/Mietwagen
- Strand- und Badeurlaub Kulturreise Familienbesuch

Projektarbeit, wenn ja in welcher Form?

Übernachtung (mehrere Antworten möglich)

- Hotel, guter Standard Hotel, niedriger Standard
- Camping/Outdoor bei Familie oder Bekannten

Aktivitäten im Reiseland (mehrere Antworten möglich)

- Fahrradreise Tauchen Höhlenbesuch Höhenbergsteigen

<input type="checkbox"/> Trekking, wenn ja Dauer	
<input type="checkbox"/> andere	

Individuelle Fragen

Hier können Sie gerne noch Ihre individuellen Fragen stellen, welche für Sie von besonderem Interesse sind:

Schicken Sie diesen **Fragebogen zusammen mit einem/r Scan/Kopie des/der Impfausweise/s** an: mail@travelmed24.info.

Das **Honorar für die reisemedizinische Beratung** beträgt **25€** und **je 10€ für die Beratung von mitreisenden Lebenspartnern/innen und Kindern.**

Nach eingegangener Zahlung mittels gebührenfreier **Überweisung auf Konto:**

Kontoinhaber	TRAVELMED24 (BITZER)	IBAN	CH55 0078 0013 0555 8870 7
Kreditinstitut	OBWALDNER KANTONALBANK	BIC	OBWKCH22XXX

erhalten Sie Ihre persönlichen reisemedizinischen Empfehlungen per E-Mail oder Fax üblicherweise innerhalb von 24 Stunden.

<input type="checkbox"/> Honorar überwiesen am	Betrag in €
--	-------------

Verantwortlich für Inhalt & beratender Arzt:

O. Bitzer, FA für Allgemeinmedizin, Reise- und Tropenmedizin, Alpin- und Höhenmedizin, Schiffsmedizin, Tauchmedizin

P.S. Meine höhenmedizinische Beratung basiert auf Ihren mir online mitgeteilten Angaben, den aktuellen höhenmedizinischen Empfehlungen der Fachgesellschaften (BExMed, ÖGAHM, SGM-SGMM, WHO, RKI, STIKO, DTG, CRM, Medprä, Forum Medizin & Reisen etc.) sowie meinen eigenen langjährigen Erfahrungen weltweit. Sollten dennoch Fragen offen bleiben oder aber eine persönliche Beratung gewünscht sein, können Sie selbstverständlich auch einen **persönlichen Beratungstermin, ggf. gleichzeitig mit einer zu verabreichenden Impfung, in unserem Praxiszentrum in Landau/Pfalz (www.hausarzt-landau.de, www.ergomed-landau.de) vereinbaren.** Dort werden auch die üblichen reisemedizinischen Impfstoffe ständig vorrätig gehalten, damit entsprechende Impfungen ohne Zeitverzug verabreicht werden können.