**Reise- Fragebogen**

**Anschrift** Anrede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Vorname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nachnahme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Straße / Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PLZ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Reisedaten**  Abreisedatum \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Reiseland 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reiseland 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Weitere Reiseländer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Langaufenthalt ( mehr als 28 Tagen) ja / nein

 Kurzaufenthalt (weniger als 7 Tage) Ja / nein

**Art der Reise** : (Mehrfachauswahl möglich)

 Städtereise O Strand/ Badeurlaub O Kreuzfahrt O

 Muslimische Pilgerreise O Selbstorganisierte Individualreise O

**Geplante Aktivitäten:** (Mehrfachauswahl möglich)

 Gerätetauchen O Schnorcheln O Bergsteige O Wüstentour O

 Trekkingtour O Tropenaufenthalt O

**Vorerkrankungen:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bekannte Allergien:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikamenteneinnahme:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zuletzt durchgeführte Impfungen:** ( bitte in Ihrem Impfpass nachsehen )

Tetanus \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diphterie \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Polio \_\_\_\_\_\_\_\_\_ FSME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_T

 Typhus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hepatitis A \_\_\_\_\_\_\_ Hepatitis B \_\_\_\_\_\_ Pertussis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tollwut \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Influenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Andere Impfungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Köln, den …………………………………………… Unterschrift ………………………………………………………….