**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 ………………………………………………………….