

Fragebogen Gesundheit & Reise (Vers. 12/09)

1. Stammdaten:

Name, Vorname: _____ Geb.Dat.: _____ Alter: ____ J
 Str.: _____ PLZ Ort: _____
 Tätigkeit: _____ bei: _____
 Krankenvers.: gesetzl. / privat welche? _____
 Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm BMI: _____
 Tel. priv.: _____ Fax privat: _____
 Tel. dienstl.: _____ Fax dienstl.: _____
 Tel. mobil: _____ e-Mail: _____

2. Erkrankungen / Beschwerden / Gesundheit:

1. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen? Ja Nein
2. Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein
3. Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein
4. Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt o. haben Sie jemals das Bewusstsein verloren? Ja Nein
5. Haben Sie Knochen- o. Gelenkprobleme, die sich unter Belastung verschlechtern könnten? Ja Nein
6. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben? Ja Nein
7. Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie nicht sportlich aktiv sein sollten? Ja Nein
8. Haben / hatten Ihre Eltern oder Geschwister Herzprobleme? Ja Nein

- Erkrankungen i. d. Fam. (Eltern, Geschwister, Kinder): _____
- Frühere Erkrankungen: _____
- Frühere Tropenaufenthalte: _____
- Frühere Tropenerkrankungen: _____
- Jetzige Beschwerden: _____
- Auffällige Blutparameter: ja / nein, welche? _____
- Medikamente & Substitution: _____
- Allergien, Unverträglichkeiten: ja / nein, welche? _____
- Besondere Ernährungsformen: nein / ja, welche? _____
- Sportprogramm pro Woche: Sportart _____ Dauer _____ Anzahl/Woche _____ regelmäßig? ja / nein
- Schwangerschaft bei Frauen: nein / ja, Schwangerschaftsmonat: _____
- Mitnahme von Kindern: nein / ja, Alter: _____
- Sonnenbrand: selten / schnell

3. Thromboserisiko:

- | | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Flugdauer > 8 Stunden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| • Alter > 60 Jahre | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| • Schwangerschaft (aktuell, vor kurzem) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| • Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| • Thromboseneigung, Thrombosen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| • Varizen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| • Einnahme der Pille | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| • BMI > 30 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| • Ruhigstellung der unteren Extremität | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja |
| • Kurz zurückliegende OP mit Thromboserisiko | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja |
| • Aktuelle Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja |

4. Bisherige Impfungen:

Bitte Impfausweis unbedingt zur Beratung mitbringen!

Impfung gegen	Wann?	Bemerkung
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Frühere Impfkomplicationen: nein / ja, welche? _____

Bemerkungen: _____

5. Welche Reiseziele sind geplant?

Reiseland	Ankunft	Aufenthaltsdauer	Reisecharakter
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Rucksack, Camping, Langzeitaufenthalt <input type="checkbox"/> Städte mit touristischen Ausflügen ins Land <input type="checkbox"/> nur Großstädte / Touristenzentren (Hotels)
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Rucksack, Camping, Langzeitaufenthalt <input type="checkbox"/> Städte mit touristischen Ausflügen ins Land <input type="checkbox"/> nur Großstädte / Touristenzentren (Hotels)
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Rucksack, Camping, Langzeitaufenthalt <input type="checkbox"/> Städte mit touristischen Ausflügen ins Land <input type="checkbox"/> nur Großstädte / Touristenzentren (Hotels)
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Rucksack, Camping, Langzeitaufenthalt <input type="checkbox"/> Städte mit touristischen Ausflügen ins Land <input type="checkbox"/> nur Großstädte / Touristenzentren (Hotels)
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Rucksack, Camping, Langzeitaufenthalt <input type="checkbox"/> Städte mit touristischen Ausflügen ins Land <input type="checkbox"/> nur Großstädte / Touristenzentren (Hotels)

Besondere Reisehöhepunkte: _____

Art der Reise: Badeurlaub Rundreise Schiffsreise / Kreuzfahrt Geschäftsreise
 Sporturlaub (Sportart: _____)
 Trekking-Tour (Höhenprofil: _____)
 Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Bemerkung: _____

6. Einverständniserklärung:

Bis auf Widerruf bitte ich darum, mir regelmäßig Informationen zu Wiederholungsuntersuchungen, zur Gesundheitsoptimierung und zu aktuellen Veranstaltungen zuzusenden.

7. Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

Empfehlung, von wem? _____ Flyer Internet RFZ
 Veranstaltung, welche? _____ Verein, welcher? _____
 Zeitung, welche? _____ _____

Regensburg, den _____

Unterschrift: _____