

## 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 <16 J. 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 Empfängnisverhütung 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 die Länder und genaue 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

<input type="checkbox"/> 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 besonderer Bedeutung sind:

Schicken Sie diesen **Fragebogen zusammen mit einem/r Scan/Kopie des/der Impfausweise/s** an: [info@hausarzt-landau.de](mailto:info@hausarzt-landau.de) oder [ortwin.bitzer@ergomed-landau.de](mailto:ortwin.bitzer@ergomed-landau.de) bzw. an [Fax-Nr. +49 6341 83022](tel:+49634183022).

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

Nach eingegangener Zahlung mittels **Überweisung auf Konto SPARDA-Bank Südwest, BIC GENODEF1S01, IBAN DE04 5509 0500 0013 4736 19** erhalten Sie meine reisemedizinischen Empfehlungen per E-Mail.

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

**Ortwin Bitzer**

**FA für Allgemeinmedizin**

Ltd. Betriebsarzt ERGOMED

**Reise- und Tropenmedizin**

**Höhen- und Expeditionsmedizin**

**Schiffsmedizin**

Poststraße 1

76829 Landau

Tel. 06341 83021

Fax 06341 83022

E-Mail: [info@hausarzt-landau.de](mailto:info@hausarzt-landau.de)

E-Mail: [ortwin.bitzer@ergomed-landau.de](mailto:ortwin.bitzer@ergomed-landau.de)

P.S. Meine reisemedizinische Beratung basiert auf Ihren mir online mitgeteilten Angaben, den aktuellen reisemedizinischen Empfehlungen der Fachgesellschaften (WHO, RKI, STIKO, DTG, CRM, Medprä, Forum Medizin & Reisen, ÖGAHM, BExMed 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](http://www.hausarzt-landau.de), [www.ergomed-landau.de](http://www.ergomed-landau.de)) vereinbaren**. Dort werden auch die üblichen reisemedizinischen Impfstoffe ständig vorrätig gehalten, damit entsprechende Impfungen ohne Zeitverzug verabreicht werden können.