



## Reiserückkehrer Check

Name

Vorname

Geburtsdatum

Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus.

Reiseland	Reisedatum	Reisestil *

\* 1= Backbacking/ Hostel/ AirBnB 2= charity travel ect. 3=Trekking/ Expedition 4=Hotel

Fühlen Sie sich aktuell gesund? Wenn Nein, welche Symptome bestehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie vor der Reise reisemedizinisch beraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Traten während der Reise Erkrankungen auf? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie während oder nach der Reise Fieber? Wenn ja: Wie lange und wie hoch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Malaria-Prophylaxe eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie Verletzung bzw. Tierbisse während der Reise? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie während oder nach der Reise auffällige Hautveränderungen? Wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in Süßwasser mit Bilharziosegefahr gebadet? Wenn ja, wo und wie oft ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
Gab es Risiko-Sexualkontakte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein