

Fragebogen Arbeitsaufenthalt im Ausland

Persönliche Angaben

| | | | |
|--------------------|--|----------------|--|
| Nachname | | | |
| Vorname | | | |
| Anschrift | | | |
| Unternehmen | | | |
| Telefon dienstlich | | Telefon privat | |
| E-Mail-Adresse | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Körpergewicht | | | |

Reisedaten

| | | | | | |
|-------------|--|-----|--|-----|--|
| Reiseziel 1 | | von | | bis | |
| Reiseziel 2 | | von | | bis | |
| Reiseziel 3 | | von | | bis | |
| Reiseroute | | | | | |
| | | | | | |

| Art der Reise | "> | Bemerkungen |
|---|--------------------------|-------------|
| Beruflicher Auslandsaufenthalt - Großstadt | <input type="checkbox"/> | |
| Beruflicher Auslandsaufenthalt - Reisen innerhalb des Landes | <input type="checkbox"/> | |
| Langzeitaufenthalt - Aufenthalt im Gastland von mehr als 4 Wochen | <input type="checkbox"/> | |
| Kontakt zur Bevölkerung eher gering | <input type="checkbox"/> | |
| Kontakt zur Bevölkerung eher intensiver | <input type="checkbox"/> | |
| Patientenversorgung | <input type="checkbox"/> | |

| Unterbringung | "> | Bemerkungen |
|---------------------------|--------------------------|-------------|
| Europäischer Standard | <input type="checkbox"/> | |
| Standard des Reiselandes | <input type="checkbox"/> | |
| Sehr einfache Bedingungen | <input type="checkbox"/> | |

Bitte fügen Sie diesem Fragebogen Fotokopien/Scans Ihres Impfausweises bei!

| Falls weiblich, dann bitte das für Sie Zutreffende ankreuzen | Ja | Nein | Bemerkungen |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Aktueller Kinderwunsch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bestehende Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Stillen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Gesundheitssituation/Erkrankungen | Ja | Nein | Bemerkungen |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Rauchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Chronische Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Krebsleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Leberfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Milz-Entfernung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Rheuma / Gicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Schilddrüsenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Venenleiden / Thrombose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Andere Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Medikamenteneinnahme | Ja | Nein | Namen |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Orales Kontrazeptivum („Pille“) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Herz-Kreislauf-Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kortison oder andere Immunsuppressiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gerinnungshemmende Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Insulin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Andere Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Bitte fügen Sie diesem Fragebogen Fotokopien/Scans Ihres Impfausweises bei!

Unterschrift