

alpinist Buchungsformular

Allgemeine Angaben

Tour: Datum:
Name: Geburtsdatum:
Adresse: Geschlecht:
PLZ/Stadt Land:
Beruf:
Telefon: Fax:
Handy: E-Mail:

Nur für Auslandsreisen

(bitte Passkopie
beilegen)

Name (wie im Pass): Nationalität:
Pass-Nr.: Ausstellungsort:
Ausstellungsdatum: Ablaufdatum:

Zahlungsart

- 50 % Anzahlung
 500 US\$ / € Anzahlung

Gesundheit

Allgemeine Angaben

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Grösse: _____ Gewicht: _____

Ich jogge ohne Anstrengung: 1 km 3 km 5 km mehr

Ich kann mit einem Rucksack problemlos gehen: 4 Std. 8 Std. 12 Std. mehr

Aktuelles Training mit Häufigkeit, Zeit, Distanz: _____

Schwerstes Gepäck wie lange getragen?: _____

Welchen höchsten Punkt wo erreicht?: _____

Rauchen Sie?: _____ Wie oft?: _____

Trinken Sie Alkohol? _____ Wie viel?: _____

Krankheiten oder Verletzungen innerhalb der letzten 12 Monate: _____

Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre im Krankenhaus?: ja nein

Wenn ja, warum?: _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?: ja nein

Wenn ja, welche und wofür?: _____

Haben oder hatten Sie je Probleme mit:

<input type="checkbox"/> Rücken / Nacken	<input type="checkbox"/> Darm	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Hörschwäche	<input type="checkbox"/> momentane Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> Kreislauf	<input type="checkbox"/> Bruck	<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat
<input type="checkbox"/> Knöchel	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Höhenkrankheit
<input type="checkbox"/> Arm / Schulter	<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="checkbox"/> zu hoher oder tiefer Blutdruck
<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Blutkrankheit	<input type="checkbox"/> chronische Infektion/en
<input type="checkbox"/> Herz	<input type="checkbox"/> Sehschwäche	<input type="checkbox"/> Unregelmässiger Herzschlag
<input type="checkbox"/> Blutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Nasenbluten
<input type="checkbox"/> epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Atmung	<input type="checkbox"/> Intoleranz Wärme/Kälte	<input type="checkbox"/> andere

Oben angekreuzte Punkte bitte auf separatem Blatt erklären

(Datum, Dauer, Ausmass, momentane Symptome, Einschränkungen):

Gibt es weitere gesundheitsbezogene oder früher existierende Punkte zu erwähnen?:

Haben Sie Allergien?:

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht essen dürfen?: