

- We need to know more about you -  
- Wir müssen noch ein paar Dinge über Dich wissen -



## Your Details / Deine Personalien

---

First Name / Vorname

Middle Name / zweiter Vorname

Last Name / Nachname

Gender / Geschlecht

male / männlich / ♂

female / weiblich / ♀

Passport No. / Reisepass Nr.

Nationality / Nationalität

Date of Birth / Geburtstag

Place of Birth / Geburtsort

Address / Adresse

Address / Adresse

City / Stadt

State / Province / Bundesland

ZIP / Postal Code / Postleitzahl Country / Land

E-mail Address / E-mail Adresse

Cellphone with Country Code / Mobile Telefonnummer mit Ländervorwahl

Alternate Phone with Country Code / Alternative Telefonnummer mit Ländervorwahl

## Emergency Contact Details / Notfall Kontaktdaten

---

First Name / Vorname

Middle Name / zweiter Vorname

Last Name / Nachname

Gender / Geschlecht

male / männlich

female / weiblich

Relationship / Beziehung

Country / Land

Cellphone with Country Code / Mobile Telefonnummer mit Ländervorwahl

Alternate Phone with Country Code / Alternative Telefonnummer mit Ländervorwahl

E-mail Address / E-mail Adresse

Confirming / Bestätigung

By checking this box you are confirming that all the information in this form is true and correct.

Bei Bestätigung des Kästchens, bestätigst Du die Richtigkeit der in diesem Formular eingetragenen Informationen.

+ 49 173 647 58 56  
+ 60 10 969 05 31  
mail@lars-fehlandt.de  
www.lars-fehlandt.de



Lars Fehlandt



LarsFehlandt



LarsFehlandt



Lars.Fehlandt



## Your Emergency Details / Deine Notfall Daten

---

Doctors Name / Hausarzt Name

Phone with Country Code / Telefonnummer

Height / Körpergröße (cm)

Weight / Körpergewicht (kg)

Bloodgroup / Blutgruppe (ABO-System)

Rh blood group system / Rhesusfaktor

A

B

AB

O

+

-

I dont know.

Weiß ich nicht.

It is your responsibility to make known any potential medical conditions that may affect you during the activities associated with the programme you will be taking part in. Therefore, please provide as many details as possible. This information will be shared with the Guides and the medical staff only.

Es liegt in Deiner Verantwortung, uns mögliche gesundheitliche Probleme mitzuteilen, die Dich während der Teilnahme an der Expedition beeinträchtigen könnten. Bitte gib daher so viele Details wie möglich an. Diese Informationen werden ausschließlich den Guides und dem medizinischen Personal übermittelt.

Have you ever suffered from any of the following conditions:

Hast du jemals unter einem der folgenden Zustände gelitten:

Asthma / Bronchitis

Heart Conditions

Herzprobleme

Fits, faintings or blackouts

Anfälle, Ohnmacht, Blackouts

Allergies to medication

Medikament Allergien

Psychiatric Illness

Psychiatrische Krankheiten

Severe headaches

starke Kopfschmerzen

Diabetes

Travel sickness

Reisekrankheit

Any other allergies

andere Allergien

Other illnesses or disabilities

Andere Krankheiten / Behinderungen

If you have answered yes to any of the above, please provide details in the box below.

Wenn Du eine der oben genannten Antworten mit Ja beantwortet hast, gib bitte die Details in das Feld unten ein.

Are you currently taking any medication? If so please specify.

Nimmst Du derzeit Medikamente ein? Wenn ja, bitte gib diese an.

Are you suffering/recovering from any injuries which may affect your involvement within the programme?

Leidest Du an Verletzungen, die deine Teilnahme am Programm beeinträchtigen könnten?

Are you vegetarian or vegan? Do you have any food allergies?

Bist Du Vegetarier oder Veganer? Hast Du Nahrungsmittelallergien?

We still have some questions / Wir haben noch einige Fragen

---

Please describe your level of outdoor/adventure experience.  
Bitte beschreibe Deine Outdoor- / Abenteuererfahrung.

Please describe your level of fitness.  
Bitte beschreibe Dein Fitness-Level.

Most recent vaccination and dates administered.  
Letzte Impfungen und wann diese erfolgt sind.

Are you willing to take necessary immunisations and take the appropriate malaria tablets (if required)?  
Bist Du bereit, notwendige Impfungen vorzunehmen und Malaria-Tabletten (bei Bedarf) einzunehmen?

yes / ja                  no / nein

Do you have any physical limitations?  
Haben Sie körperliche Beeinträchtigungen?

yes / ja                  no / nein

Only affects women: Is there any chance you could be pregnant?  
Betrifft nur Frauen: Gibt es eine Chance, dass Du schwanger sein könntest?

yes / ja                  no / nein

Do you have/had any emotional or anxiety problems that require treatment or psychiatric help?  
Hast Du irgendwelche emotionalen Probleme oder Angststörungen, bei denen du eine Behandlung oder psychiatrische Hilfe benötigst/benötigt hast?

Do you have any convictions / cautions for a criminal offence?  
Bist Du vorbestraft?

yes / ja                  no / nein

Confirming / Bestätigung

By checking this box you are confirming that all the information in this form is true and correct.  
Bei Bestätigung des Kästchens, bestätigst Du die Richtigkeit der in diesem Formular eingetragenen Informationen.