

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt, mindestens **3 Tage vor Ihrem Beratungstermin** per Fax, per Post oder per e-Mail an uns.

Ihre Daten:

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

Telefon Fax E-Mail

Fragebogen für Ihre individuelle reisemedizinische Beratung:

Geschlecht W M Alter Gewicht

Reisedauer Abreisedatum

Reiseland Wie viele Reisen dieser Art haben Sie bereits gemacht?

Reiseart
 (z. B. Geschäftsreise, Abenteuerreise, Strandurlaub, Langzeitaufenthalt, Expedition)

Unterbringung
 (z. B. Hotel, Zelt, landestypische Unterkunft, noch nicht bekannt)

Beschreibung des Reiseverlaufes

Geplanter Sport am Zielort
 (z. B. Tauchen, Hochgebirgsaufenthalt)

Vorerkrankungen, chronische Erkrankungen

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, vor allem auf Medikamente? N J Wenn ja, welche Medikamente?

Nur Frauen: kann eine Schwangerschaft derzeit ausgeschlossen werden? N J

Aktueller Impfstatus:

Impfung gegen:	Tetanus	Diphtherie	Polio	Hepatitis A	Hepatitis B	Masern / Mumps / Röteln
Vollschutz bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Impfung gegen:	Meningokokken	Japanische Enzephalitis	Gelbfieber	Cholera	Typhus	Andere
Vollschutz bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich habe die Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen vorgenommen. Mir ist bekannt, dass eine reisemedizinische Beratung keine Leistung der Krankenkasse ist und dass diese Leistung nach der gültigen GOÄ abgerechnet wird. Der fällige Rechnungsbetrag ist sofort nach der Beratung zahlbar:

Ort, Datum

Unterschrift