

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Gewicht _____

Straße _____ Wohnort _____ Krankenkasse _____

Reiseziel (Land, Ort. Bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl Extrabalatt) _____ Datum der Reise von - bis _____

Reisekriterien

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| ☐ Hotel | ☐ Trekking | ☐ enger Kontakt mit der Bevölkerung |
| ☐ Kreuzfahrt | ☐ Rundreise | ☐ einfache Unterkunft |
| ☐ Safari | ☐ Gerätetauchen | ☐ privat ☐ dienstlich |

sonstiges _____

Frühere Erkrankungen

- ☐ Masern ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B
- ☐ ich bin gesund, ich habe keine Beschwerden
- ☐ Beschwerden _____

Allergien / Unverträglichkeiten

- ☐ Hühnereiweis ☐ Malariamedikamente ☐ Impfstoffe

sonstiges _____

Aktuelle / chronische Erkrankungen

- ☐ ja ☐ nein

sonstiges _____

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft, oder geplant? ☐ ja ☐ nein

Wichtiger Hinweis: Die Kosten für reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen!

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum _____

Unterschrift des Reisenden _____