

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum**

\_\_\_\_\_  
**Adresse**

\_\_\_\_\_  
**PLZ, Ort**

**Reisedaten:**

Reiseland	Datum Ankunft	Datum Rückkehr

**Reisebedingungen:**

<input type="checkbox"/>	Einfach (Rucksack, Trekking)
<input type="checkbox"/>	Mittel (Pauschalreise mit Ausflügen ins Umland)
<input type="checkbox"/>	Gut (Hotels, Städte, Geschäftsreise)

**Vorhandene Impfungen:**

<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	Diphtherie
<input type="checkbox"/>	Pertussis	<input type="checkbox"/>	Polio
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	Masern Mumps Röteln	<input type="checkbox"/>	FSME
<input type="checkbox"/>	Influenza	<input type="checkbox"/>	Typhus
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	Varizellen
<input type="checkbox"/>	Herpes Zoster	<input type="checkbox"/>	Meningokokken
<input type="checkbox"/>	Japanische Enzephalitis	<input type="checkbox"/>	Tollwut

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Impfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen. Bitte erkundigen Sie sich im Vorfeld, ob Ihre Versicherung die Kosten übernimmt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Reisende/-r

**Vom Arzt auszufüllen**

**Malaria:**

<input type="checkbox"/>	Chemoprophylaxe mit	<input type="checkbox"/>	Standby-Medikation mit
--------------------------	---------------------	--------------------------	------------------------

**Reiseapotheke:**

<input type="checkbox"/>	verordnet
--------------------------	-----------

**Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_