

# Anforderung Reise-Gesundheits-Brief

Name .....  
 Vorname .....  
 Geburtsdatum .....  
 Straße .....  
 PLZ ..... Ort.....  
 Telefon .....  
 E-Mail .....

**WICHTIG!**

Bitte nur Länder einer zusammenhängenden Reise eintragen, da andernfalls bei den Impfpfehlungen fehlerhafte Angaben auftreten können.

Gesundheitsrisiko und Vorbeugeempfehlungen hängen von den jeweiligen Lebensbedingungen während der Reise ab. Geben Sie bitte für jedes Land eine Reisebedingung an.

**Reisebedingung 1:**

Reise durch das Landesinnere unter einfachen Bedingungen (Rucksack- /Trecking- /Individualreise) mit einfachen Quartieren/Hotels; Camping-Reisen, Langzeitaufenthalte, praktische Tätigkeit im Gesundheits- o. Sozialwesen, enger Kontakt zur einheimische Bevölkerung wahrscheinlich

**Reisebedingung 2:**

Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants mittleren bis gehobenen Standards)

**Reisebedingung 3:**

Aufenthalt ausschließlich in Großstädten oder Touristikzentren (Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants gehobenen bzw. europäischen Standards)

Reiseländer	Ankunft	Reisebedingung
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
	Rückkehr	

Zusätzliche Angaben:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kreuzfahrt / Schiffsreise | <input type="checkbox"/> Kinder reisen mit | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   |
|  | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft   | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
|  | <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Diabetes        |

**Zahlungsart**

**Der Betrag von 10,-€ soll von meinem Kreditkarten-Konto (außer American Express) abgebucht werden**

Kreditkartenunternehmen .....  
 Kartennummer .....  
 Gültig bis .....

**Der Betrag von 10,-€ soll von meinem Bank-Konto abgebucht werden**

Kontoinhaber .....  
 Kontonummer .....  
 Kreditinstitut ..... BLZ.....  
 Datum ..... Unterschrift .....

**per Fax an: 0211/904 29 92**

oder als Brief an: Centrum für Reisemedizin, Hansaallee 299, 40549 Düsseldorf