



Gemeinschaftspraxis Mozartstraße  
Dr. C. Schröder – Dr. E. Hermes – Dr. K. Harner  
Mozartstr. 12, 63150 Heusenstamm  
[www.Hausarzt-Heusenstamm.de](http://www.Hausarzt-Heusenstamm.de)

## Reisemedizinische Beratung

Anrede, Name, Vorname:	
Geb.-Datum:	
Straße, PLZ, Wohnort:	
Telefon:	

Art der Reise	
<input type="checkbox"/> Badeurlaub	<input type="checkbox"/> Sporturlaub
<input type="checkbox"/> Rundreise	<input type="checkbox"/> Trekking-Tour (Höhe?)
<input type="checkbox"/> Geschäftsreise	<input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt (>6 Wochen)

Wichtige Allergien und Vorerkrankungen			
<input type="checkbox"/> Allergie gg. Hühnereiweiß	<input type="checkbox"/> Antibiotika- Allergie	<input type="checkbox"/> Malaria- mittel-Allergie	<input type="checkbox"/> Schwanger- schaft
Impfunverträglich- keiten:		Andere Allergie	
<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Kortison- therapie

<b>Reisedaten</b>		
<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>Reiseziel (mgl. genau)</b>

<b>Reisebedingungen</b>
<input type="checkbox"/> 1 – Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-/Trekking-/Individualreise) mit Unterkunft in einfachen Quartieren
<input type="checkbox"/> 2- Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit organisierten Ausflügen ins Landesinnere, bzw. organisierte Rundreise. Hotels des mittleren bis gehobenen Standards
<input type="checkbox"/> 3 – Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristenzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen Standards).

Ich wünsche durch die o.g. Praxis die genannte Leistung in Anspruch zu nehmen. Ich vereinbare hierfür ein Honorar von 94,43 Euro. Es ist mir bekannt, dass meine Krankenkasse eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und sicherstellt. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführte Leistung. Ich weiß, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und der o.g. Betrag von mir selbst zu tragen ist.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Reisenden

Bitte geben Sie das unterschriebene Formular zusammen mit ihrem Impfausweis in der Praxis ab oder senden uns das ausgefüllte Formular und den Impfausweis (Scan, Foto) per Mail. (Die Unterschrift kann dann in der Praxis erfolgen).