

Telemedizinische Reiseberatung für Familien
Institut für Tropenmedizin, Reisemedizin und
Humanparasitologie
Wilhelmstraße 27
72074 Tübingen

Telemedizinische Reiseberatung für Familien mit Kindern – Terminanfrage

Kontaktdaten

Vor -und Nachname	
-------------------	--

Postadresse für Rechnungsversand

Straße und Hausnr.	
PLZ	
Wohnort	
Ggf. Adresszusatz	

Daten zur Kontaktaufnahme

Telefonnummer	
E-Mail	

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihnen die individuellen Reiseempfehlungen im Anschluss an die Beratung per E-Mail zusenden?

(eine postalische Zusendung kann zu Verzögerungen führen)

- ☐ Ja
- ☐ Nein, ich möchte eine Zusendung per Post

Reiseziel(e)	
(geschätztes) Abreisedatum	
(geschätzte) Reisedauer	
Grund der Reise <i>Mehrfachauswahl möglich</i>	<input type="checkbox"/> Urlaub (z.B. Hotel-/Bade-/Pauschal-Urlaub) <input type="checkbox"/> Gruppenreise/Kreuzfahrt <input type="checkbox"/> Rucksackreise <input type="checkbox"/> Besuch von Freunden/Verwandten <input type="checkbox"/> Studium/Ausbildung <input type="checkbox"/> Freiwilligenarbeit/Humanitär <input type="checkbox"/> Begleitung eines Elternteils bei beruflichem Aufenthalt <input type="checkbox"/> Andere:
Ggf. weitere Infos zur geplanten Reise oder besonderen Aktivitäten wie Tauchen, Bergsteigen, etc.	

Personenbezogene Daten der Reisenden

Für wie viele Personen wünschen Sie eine reisemedizinische Beratung? <i>Kinder und/oder Erwachsene</i>	_____ Personen
---	----------------

Reisende/r 1:

Vor -und Nachname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Dauerhafte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, folgende:

Reisende/r 2:

Vor -und Nachname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Dauerhafte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, folgende:

Reisende/r 3:

Vor -und Nachname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Dauerhafte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, folgende:

Reisende/r 4:

Vor -und Nachname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Dauerhafte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, folgende:

Reisende/r 5:

Vor -und Nachname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Dauerhafte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, folgende:

Reisende/r 6:

Vor -und Nachname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Dauerhafte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, folgende: