

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

Reiseprofil

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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> | <input type="text"/> 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: |