

## Persönliche Angaben

**Vorname:**

**Nachname:**

**Geburtsdatum:**

**Telefon:**

**Reisedauer (Tage):**

## Art der Reise

**Reiseziel/Rundreise:**

- Städtereise, Geschäftsreise
- Hotelaufenthalt mit einfachem Standard, Reisen in ländliche Gebiete
- Hotelaufenthalt mit hohem Standard
- Trekking, Camping, Safari, einfache Lebensverhältnisse
- Intensive soziale Kontakte mit Einheimischen, Wohnen bei Einheimischen
- Laufzeitaufenthalt

## Vorhandener Impfschutz / Vorerkrankungen

Bitte kreuzen Sie an und tragen Sie das Datum der Impfung ein! (z.B. 13.03.2001 oder 13. März 2001)

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung            | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A (akt./pass.) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie               | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber               | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> weitere Impfungen        | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Tetanus                  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Typhus                   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B              | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Cholera                  | <input type="text"/> |

In das folgende Feld tragen Sie bitte etwaige Vorerkrankungen ein (Diabetes, Herz- Kreislauferkrankungen, ...) sowie Medikamente, die Sie dauernd benötigen einschl. der Einnahmezeiten. Wir können Ihnen dann Auswirkungen durch eine etwaige Zeitverschiebung ermitteln.