

Bitte faxen oder per Post an:

## Fax-Anforderungsbogen

### Reise-Gesundheitsbrief

Fax-Nr.: 0211/90 42 992

**Centrum  
für Reisemedizin  
Hansaallee 299  
  
40549 Düsseldorf**

Name der BKK:	mhplus Betriebskrankenkasse
Straße:	Franckstraße 8
PLZ/Ort:	71632 Ludwigsburg
Telefon-Nr.:	(0 71 41) 97 90-0

Bitte gut lesbar (Blockschrift) ausfüllen. Danke

Name:  
Vorname:  
PLZ/Ort:  
Geburtsdatum:

Ich bin damit einverstanden, dass die mhplus meine Daten zur Bearbeitung an das Centrum für Reisemedizin, Düsseldorf, weiterleitet. Meine Daten können sowohl bei der mhplus als auch vom Centrum für Reisemedizin auf einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Bitte tragen Sie hier ein, um welche Reiseart es sich handelt:

- Urlaubsreise  
 organisierte Rundreise (2)  
 Rundreise auf eigene Faust/Individualreise (1)  
 Geschäftsreise (2)  
 Langzeitaufenthalt (über 2 Monate) (1)  
 \_\_\_\_\_

### Reisebedingungen:

- 1 Aufenthalt in ländlichen Gebieten unter einfachen Lebensbedingungen (Rucksack-/Trekking-/Individualreisen mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)
- 2 Aufenthalt in Städten und/oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen durch das Landesinnere bzw. organisierten Rundreisen durch das Landesinnere
- 3 Aufenthalt nur in Großstädten und Touristikzentren bis zu vier Wochen (bei längeren Aufenthalten bitte Ziffer 2 angeben)

Land (Staat)	Datum der Ankunft			Reisebedingungen		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Datum der Rückkehr						
<b>Wichtig:</b> Bitte geben Sie jeweils nur ein Reiseland pro Fragebogen an. Wenn Sie eine zusammenhängende Reise durch mehrere Länder unternehmen, tragen Sie bitte maximal sechs Länder ein und kreuzen Sie die jeweiligen Reisebedingungen an.						

Bemerkungen zur Reise

- Findet die Reise unter besonderen Bedingungen statt (z. B. Expedition/Trekking-Tour/Extremsport u. Ä.)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? .....

- Handelt es sich bei Ihrer Reise um eine ungewöhnliche Rundreise? Dann geben Sie bitte den Verlauf an bzw. fügen Sie eine Kopie der Reiseroute bei.  Ja  Nein  
.....

- Liegen bei Ihnen gesundheitliche Beeinträchtigungen oder andere besondere körperliche Bedingungen vor (z. B. Diabetes, Schwangerschaft, chronische Leiden etc.)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? .....