



---

## Reisemedizinische Beratung

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_

Reiseziel: \_\_\_\_\_

Reisebeginn: \_\_\_\_\_

Reisedauer: \_\_\_\_\_

Reiseart:     Hotel         ländlich     Stadt         Trekking     Familie

Die Reisemedizinische Beratung ist eine kostenpflichtige Leistung, die nach GOÄ mit der Ziffer 3-A76 (24,19 €) berechnet wird.

Unterschrift Erziehungsberechtigter