



**DR. ROTHES
APOTHEKE**

Angaben zur Reiseimpfberatung

Ja, ich möchte eine kostenfreie Reiseimpfberatung erhalten:

Name:

Vorname:

Strasse/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Telefax:

e-Mail-Adresse:

Geb.-Datum:

Gewicht:

Abreisetermin:

Aufenthalt (Tage):

Reiseziel(e):

Datum der letzten Impfung:

Kinderlähmung:

Diphtherie:

Cholera (parenteral / oral):

Hepatitis A (aktiv):

Hepatitis B:

Gelbfieber:

Typhus (parenteral / oral):

Tetanus:

weitere Impfungen:

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen. Wir versichern, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unseres Betriebes und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung verwendet werden. Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns, Ihre persönlichen Daten in unserer EDV zu speichern. Sie können diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen, Ihre Daten werden dann aus unserer Kundendatei gelöscht.

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden:

Ort/Datum

Unterschrift