



**Kostenfreier  
Eintrag**

# Ärzteliste im Internet

per Fax an: **0211-93899-117**

## Wer kann sich in die Liste eintragen lassen?

Jede/r Ärztin/Arzt, die/der in den Bereichen **Reisemedizin** oder **Prävention** oder **Kuren** (ambulante) oder **OTC** (nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel) seine Patienten berät.

Außerdem die Ärztinnen/Ärzte die Interesse an einer Zusammenarbeit mit **Reisebüros** (Gesundheitsreisebüros) haben.

Die neue Internetliste wird u.a. bei [www.reisemed-experten.de](http://www.reisemed-experten.de), [www.krankenkassen-experten.de](http://www.krankenkassen-experten.de), [www.seniorenring.de](http://www.seniorenring.de) und der Reisebranche veröffentlicht.

**Der Eintrag ist kostenfrei!**

**Weitere Informationen und Online Registrierung unter:**

[www.handbuch-reisemedizin.de](http://www.handbuch-reisemedizin.de) unter dem Menüpunkt **Ärzte-/Apothekenliste**.

## Aufnahmeantrag BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Ich habe Interesse an der **Zusammenarbeit mit einem Reisebüro**

### Ich berate in den Bereichen:

- Reisemedizin
- Kuren
- Prävention
- OTC

### Facharzt / Zusatzbezeichnung:

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Kinderarzt
- Gynäkologin
- Dermatologin

### Reisemedizinische Qualifikation

(Bitte mailen oder faxen Sie uns die jeweiligen Bescheinigungen zu)

- Gelbfieberimpfstelle
- DFR Fachzertifikat Reisemedizin, 128 Std. (Deutsche Fachgesellschaft Reisemedizin)
- 32 stündiger Grundkurs Reise- und Tropenmedizin oder Reisemedizinische Gesundheitsberatung
- Letzter Refresherkurs Reise- und Tropenmedizin absolviert am: \_\_\_\_\_
- DTG Zertifikat
- Tropenmediziner
- Flugmediziner
- Tauchmediziner
- Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Titel/Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Praxis oder Dienstadresse (Str., PLZ, Ort): \_\_\_\_\_  
ggf. Institution und Abteilung \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**WICHTIG:** Bitte tragen Sie Ihre E-Mail Adresse ein, die wir u.a. für Rückfragen benötigen.

E-Mail (Nur für Interne Zwecke): \_\_\_\_\_

E-Mail (Zur Veröffentlichung im Internet): \_\_\_\_\_

Website: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten im Internet einverstanden. Ich versichere, dass sämtliche oben erwähnten Beratungen von mir selbst im Sinne einer persönlichen Leistungserbringung durchgeführt werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Aufnahmeantrag und die Nachweise per Fax an: **0211-93899-117**  
oder per E-Mail an: [info@medprae.de](mailto:info@medprae.de), oder per Post an: **MedPrä GmbH, Jägerei 2, 40593 Düsseldorf**

Informationen zu Fachfortbildungen erhalten Sie unter [www.reisemed-experten.de](http://www.reisemed-experten.de)