



## Ziele der Fachgesellschaft

Verbesserung der reisemedizinischen  
Beratung und Betreuung von Reisenden

Graf-Adolf-Str. 69 | D-40210 Düsseldorf  
Telefon: 0211-520 25 81 | Fax: 0211-520 25 83  
E-Mail: [gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de](mailto:gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de)  
[www.fachgesellschaft-reisemedizin.de](http://www.fachgesellschaft-reisemedizin.de)



# Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V. (DFR)

- Weiterentwicklung der Qualitätsstandards für die reisemedizinische Beratung und assistenzmedizinische Betreuung von Reisenden
- Stärkere Integration reisemedizinischer Inhalte in die bestehende Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und ärztlichen Assistenzberufen
- Fortentwicklung unseres gestuften reisemedizinischen Fortbildungskonzeptes für Ärzte mit der Möglichkeit einer Zertifizierung
- Verankerung reisemedizinischer Inhalte in Forschung und Lehre
- Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen bei reisemedizinisch relevanten Forschungsvorhaben
- Aufklärung der Öffentlichkeit über Gesundheitsrisiken auf Reisen und Angebote qualifizierter Vorsorgeberatung

- Wissenschaftliche Jahrestagungen
- Zertifikate



- Erich-Kröger- und Klaus-Jörg-Volkmer Förderpreis für Reisemedizin
- Aktuelle Publikation der DFR



Wir laden Sie ein, Mitglied bei uns zu werden.

Fax: 0211/520 25 83

Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.  
Geschäftsstelle Graf-Adolf-Str. 69 | 40210 Düsseldorf

Die DFR hat derzeit 950 Mitglieder (Stand 06/19).



Regulärer Mitgliedsbeitrag € 90,-  
(Studenten € 20,- | Ruheständler € 60,-)\*  
pro Jahr\*\*.

Als Mitglied der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V. erhalten Sie kostenlos die 6 x pro Jahr erscheinende Fachzeitschrift "Flugmedizin / Tropenmedizin / Reisemedizin", die der DFR und auch anderen reisemedizinisch relevanten Gesellschaften und Verbänden als Verbandsorgan dient.

\* gegen Nachweis

\*\* Stand 1.6.2019



Werden Sie Mitglied bei uns!



Deutsche Fachgesellschaft für



REISEMEDIZIN e.V.  
German Society for Travel Medicine

## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die **Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.**

**BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel	Vorname	Nachname	Geburtsdatum

Ich bin:  Facharzt für  
 Student (jährlicher Nachweis einer Studienbescheinigung erforderlich)  
 Ruheständler (Nachweis erforderlich)

Zusatzbezeichnung/en

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	PLZ	Wohnort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Fax

<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Homepage

**Der Mitgliedsbeitrag soll von meinem Konto\* abgebucht werden.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	

<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	Kreditinstitut

\* SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger Identifikationsnummer der DFR: DE26ZZ00000493231

Diese Erklärung gilt bis auf weiteres. Ein Widerruf wird schriftlich erfolgen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift