

Anmeldung zur reisemedizinischen Sprechstunde

Name Vorname Geburtsdatum

vollständige Adresse (inkl. Telefonnummer) E-Mail-Adresse

Ich wurde darüber informiert, dass es sich bei der Reiseimpfberatung um eine Spezialleistung handelt, die nicht zum verbindlichen Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehört.

Nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden für die erbrachte Beratung je nach Aufwand zw. 50,- und 80,- Euro sowie für die jeweiligen Impfungen zwischen 20,- und 40,- Euro in Rechnung gestellt. Hinzu kommen noch die Kosten für die notwendigen Impfstoffe, je ca. 30,- bis 120,- Euro. Ich erkläre mich ausdrücklich mit meiner Unterschrift zur Kostenübernahme bereit.

Alle Nachweise über bisherige Impfungen werde ich baldmöglichst, spätestens 3 Werktage vor der Beratung vorlegen. Die aufgrund meiner Angaben ausgearbeitete Impf- und Reiseempfehlung wird mir in einem persönlichen Gespräch erläutert. Die Dokumentation aller Impfungen erfolgt in einem internationalen Impfpass, den ich bei Bedarf zusätzlich erhalte.

Reisedaten:

Reiseländer:	Aufenthalt:		Reisebedingungen:		
	Von:	Bis:	1	2	3
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Reisebedingungen:

- 1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren / Campingurlaub)
- 2 Aufenthalt in Städten od. touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)
- 3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Art der Reise:

- Badeurlaub Sporturlaub (Sportart:.....)

 Rundreise Trekkingtour (Höhe.....)

 Geschäftsreise Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Anamnese:

- | | |
|--|---|
| <p>1. Bekannte Allergie gegen:</p> <p>Hühnereiweiß <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Antibiotika <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Malariamittel <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>andere Stoffe <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> | <p>5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche:</p> |
| <p>2. Frühere Impf-Unverträglichkeiten: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Welche Impfungen:</p> | <p>6. Hatten Sie in den letzten 6 Wochen Kontakt zu Personen mit einer Infektionskrankheit? (Röteln, Windpocken, Masern, Hepatitis A, Scharlach, etc.) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> |
| <p>3. Bestehen bei Ihnen oder in Ihrer Familie Nervenleiden od. Epilepsie? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> | <p>7. Leiden Sie an einer Immunschwäche? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> |
| <p>4. Leiden oder litten Sie an:</p> <p>Krebs <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Leukämie <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>anderen chron. Krankheiten? <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> | <p>8. Besteht eine Schwangerschaft? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>9. Fühlen Sie sich zurzeit gesund? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> |

Datum/ Unterschrift des Reisenden