

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Dres. med. M., H. u. St. Wegner
Fachärzte f. Allgemeinmedizin
Dresdner Str. 9
01824 Königstein
Tel. 035021 68757 Fax 035021 59134

Datum:

Patientendaten: Name, Geburtsdatum, Adresse:

Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen – Information und Auftrag

Sehr geehrte Frau Test, ,

haben Sie Dank für Ihre Anfrage/Anmeldung. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden zumeist nicht von Ihrer Krankenversicherung übernommen, jedoch gibt es Ausnahmen für bestimmte Prophylaxearten, teilweise in Abhängigkeit von der jeweiligen Krankenkasse. Dies gilt nach Mitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V. grundsätzlich auch für Privatversicherte.

Anfallende Kosten werden Ihnen in Rechnung gestellt, soweit nicht andere Regelungen zum Tragen kommen. Wir erlauben uns in Anlehnung an die „Liste zur Bewertung und Abrechnung Reisemedizinischer Leistungen“ für unsere Bemühungen in Rechnung zu stellen:

Reisemedizinische Beratung und Impfung

	GOÄ Ziffer / Faktor	Betrag
Reise- inkl. Impfberatung ohne Malaria (Pro Reise 1*)	1 / 2	9,32 Euro
Reise- inkl. Impfberatung mit Malaria (Pro Reise 1*)	3 / 2	17,48 Euro
Reiseimpfung inkl. Dokumentation	375 / 2	9,32 Euro
Jede weitere Impfung am gleichen Tag	377 / 2	5,82 Euro
Ausstellen eines Internat. Impfausweises	70 / 2,15	5,00 Euro

Impfstoffe werden zusätzlich berechnet, bzw. müssen im Vorfeld in der Apotheke erworben werden. Die Eintragung hier durchgeführter Impfungen ist in der Impfgebühr enthalten.

Königstein, den

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Dres. med. M., H. u. St. Wegner
 Fachärzte f. Allgemeinmedizin
 Dresdner Str. 9
 01824 Königstein
 Tel. 035021 68757 Fax 035021 59134

Datum: _____

Patientendaten: Name, Geburtsdatum, Adresse: _____

Reisekriterien

- Hotel Sonnenbaden Safari Trekking Gerätetauchen
 Enger Kontakt m. d. Bevölkerung Einfache Unterkunft
 privat dienstlich Sonstiges: _____

Reisebeginn: _____ **Reiseende:** _____

wichtige Reiseorte: _____

Frühere Erkrankungen

- Masern Hepatitis A Hepatitis B

Beschwerden

- Ich bin gesund (keine Beschwerden). Ich habe folgende Beschwerden: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten?

- Hühnereiweiß Malariamedikamente Impfstoffe Sonstiges: _____

Aktuelle/chronische Erkrankungen

- Diabetes Nierenschaden Leberschaden Krampfadern/Thrombosen (auch i. d. Familie) Epilepsie
 Nervenkrankheiten Psychische Störungen Sonnenbrand/-allergie Lichtreaktionen Psoriasis
 Porphyrie Myasthenie

Ggf. Angaben über

- Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen Schwangerschaft(swunsch)
 Stillen Antikonzeptiva Brillengläser aus Kunststoff Sonstiges: _____

Einnahme von Medikamenten

- Ich nehme keine Medikamente ein. Ich nehme: _____

Impfschutz

- Ein Impfausweis liegt mir nicht vor.
 Vorhandener Impfschutz laut Impfausweis/en (pro Kästchen 1 Impftermin, tragen Sie bitte jeweils die letzte/n Impfung/en ein)

	letzte Impfung	vorletzte Imp- fung	drittletzte Imp- fung		letzte Impfung	vorletzte Imp- fung
Diphtherie				Cholera		
Tetanus				Grippe		
Hepatitis A				Masern		
Hepatitis B				Pertussis		
Tollwut				Typhus		
FSME				Gelbfieber		
Japan-Enzephalitis				Meningokokken-Er- krankung		
Polio				Pneumokokken-Erkran- kung		

Ich bitte um eine/einen

- reisemedizinische Gesundheitsberatung Malariaberatung
 internationalen Impfausweis
 Übertragung von Vorimpfungen in neuen Ausweis folgende Impfungen: _____

Ich bitte zusätzlich um

- kassenärztliche privatärztliche **Behandlung wegen:** _____