

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

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

Datum:

Patientendaten:

Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen – Information und Auftrag

Sehr geehrter Herr Test, ,

haben Sie Dank für Ihre Anfrage/Anmeldung. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden zumeist nicht direkt 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.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Praxisteam der Arztpraxis Dres. Wegner

Bitte kreuzen sie die Leistungen an, die sie wünschen.

Grundleistungen	GOÄ Ziffer (Faktor)	Betrag
<input type="checkbox"/> Kurze Frage zu Reise z.B. Thromboseprophylaxe bei Langstreckenflug o.ä.	1(FA:2,3)	10,72 Euro
<input type="checkbox"/> Reise- inkl. Impfberatung und Impfplan ohne Malariarisiko	3(FA:2,00) + A76(FA:2,00)	25,56 Euro
<input type="checkbox"/> Reise- inkl. Impfberatung und Impfplan inklusive Malariarisiko	3(FA:3,00) + A76(FA:3,00)	38,47 Euro

Folgeleistungen/sonstige Leistungen	GOÄ Ziffer (Faktor)	Betrag
<input type="checkbox"/> Reiseimpfung inkl. Dokumentation	375(FA: 2)	9,33 Euro
<input type="checkbox"/> Jede weitere Impfung am gleichen Tag	37(FA: 2)	5,82 Euro
<input type="checkbox"/> Ausstellen eines Internat. Impfausweises	70(FA: 2,15)	5,00 Euro
<input type="checkbox"/> Ausstellung „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln“ oder sonstige Bescheinigungen/ Übertragung von Impfungen in neuen Ausweis	70(FA: 2,15)	5,00 Euro

Mit meinem Kreuz und der Unterschrift akzeptieren ich die Igeleistung und Rechnungsstellung der genannten Posten. Impfstoffe muss ich im Vorfeld in der Apotheke nach Erhalt eines Privatrezeptes erwerben, soweit sie nicht Pflichtleistungen meiner gesetzlichen Krankenkasse sind. Die Eintragung hier durchgeführter Impfungen ist in der Impfgebühr enthalten. Ich bin mit der digitalen Speicherung dieser Vereinbarung einverstanden und habe sie in Kopie erhalten.

Königstein

Ort

, den

Datum

Unterschrift

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Dres. med. M., H. u. St. Wegner
 Fachärzte f. Allgemeinmedizin
 Dresdner Str. 9
 01824 Königstein
 Tel. 035021 68757 Fax 035021 59715

Datum: _____

Patientendaten:

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 Malaria-medikamente 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 Impfung	drittletzte Impfung		letzte Impfung	vorletzte Impfung
Diphtherie				Cholera		
Tetanus				Grippe		
Hepatitis A				Masern		
Hepatitis B				Pertussis		
Tollwut				Typhus		
FSME				Gelbfieber		
Japan-Enzephalitis				Meningokokken- Erkrankung		
Polio				Pneumokokken- Erkrankung		

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: _____

Königstein _____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift