



Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen – Information und Auftrag

Sehr geehrte(r) Frau/ Herr,

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 und Beihilfempfänger.

Anfallende Kosten werden Ihnen in Rechnung gestellt, soweit nicht andere Regelungen zum Tragen kommen. Die amtliche Gebührenordnung enthält für privat zu bezahlende reisemedizinische Leistungen teilweise keine angemessenen Ziffern. Wir erlauben uns daher in Anlehnung an die „Liste zur Bewertung und Abrechnung Reisemedizinischer Leistungen“ für unsere Bemühungen in Rechnung zu stellen:

Gesamtleistung	Kosten
Reisemedizinischer Beratungskomplex, d.h.	
- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten (für eine Reise und ein Land)	
- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen und Gesundheitsdaten	
- Erstellung einer individuellen Prophylaxeempfehlung	
- Besprechung eines Prophylaxeplans	40,00 €* 20,00 €* *je angefangene 15 Minuten
Begleitperson	
Einzelleistungen	
Ergänzung für jedes weitere angrenzende Reiseland	20,00 €
Impfleistung je Impfung	20,00 € ²
Je weitere Impfung in gleicher Sitzung	10,00€ ³
Malariaberatung für ein Reiseland (max. 10 min)	20,00 € ^o
Malariaberatung für ein Reiseland - Begleitperson	10,00 €

Impfstoffe werden zusätzlich berechnet. Die Eintragung hier durchgeführter Impfungen ist in der Impfgebühr enthalten.

Vallendar, den20.....

Ihr Praxisteam

zur Kenntnis genommen: _____
Unterschrift

* nach GOÄ GOP 3

² nach GOÄ GOP 1,5,375

³ nach GOÄ GOP 377

^o nach GOÄ GOP 1

^o tagesaktueller Apothekenverkaufspreis

die obigen GOP sind nach GOÄ mit einem Faktor 1,0 bis 2,3
je nach Aufwand und in besonderen Fällen bis 3,5 berechnet



Name _____		Vorname _____	
Straße, Haus-Nr. _____		PLZ, Ort _____	
geb. am _____	Gewicht (kg) _____	Reisezeitraum von _____	bis _____

Reiseziel: Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. auf Extrablatt)

Reisekriterien

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

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
☐ Porphyrrie ☐ Myasthenie

Ggf. Angaben über

- ☐ Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen ☐ Schwangerschaft(swunsch)
☐ Stillen ☐ Antikonceptiva ☐ 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				Masern		
Hepatitis A				Grippe		
Hepatitis B				Pertussis		
Tollwut				Typhus		
FSME				Gelbfieber		
Japan-Enzephalitis				Meningokokken-Erkrankung		
Polio				Pneumokokken-Erkrankung		

Ich bitte um eine/einen

- Reisemedizinische Gesundheitsberatung ☐ ja ☐ nein
 Malariaberatung ☐ ja ☐ nein

- ☐ folgende Impfungen:

Ich bitte zusätzlich um

- ☐ kassenärztliche ☐ privatärztliche Behandlung wegen: _____

Vallendar _____, den _____
 Ort Datum Unterschrift