

Reisemedizinische Gesundheitsberatung und Reiseimpfungen

Info und Auftrag

Diese Seiten dienen als Information und als Auftrag

Liebe Informationssuchende,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer reisemedizinischen Beratung. Wie Sie wissen, sind reisemedizinische Beratungen anlässlich von Auslandsreisen **keine Kassenleistung** und werden in der Regel auch nicht von den privaten Krankenversicherungen übernommen. Prinzipiell gilt dies ebenso für alle Reiseimpfungen, Malaria-Prophylaxen und Tauchsportuntersuchungen inkl. Zeugnisse und Bescheinigungen.

Reisemedizinische Beratungen, Reiseimpfungen, die Kosten für Reise-Impfstoffe und Reise-Prophylaxen, die Sonderuntersuchungen und die Zeugnisse werden Ihnen privat in Rechnung gestellt und **sind jeweils unmittelbar in der Praxis zu begleichen** (bar oder EC-Karte mit PIN). Viele Krankenkassen erstatten mittlerweile die Kosten für Reiseimpfungen.

Die amtliche Gebührenordnung enthält für reisemedizinische Leistungen keine Positionen oder Ziffern. Wir erlauben uns daher in Anlehnung an die „Liste zur Bewertung und Abrechnung Reisemedizinischer Leistungen“ für unsere Bemühungen in Rechnung zu stellen:

Untersuchungen / Kosten

U.-Art	Preis in Euro
Reisemedizinischer Beratungskomplex inkl. <ul style="list-style-type: none"> ☀️ Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten (für eine Reise und ein Land) ☀️ Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen und Gesundheitsdaten ☀️ Erörterung einer individuellen Prophylaxeempfehlung 	30,00 (je 15 min)

Einzelleistungen

Begleitperson	10,00
Ergänzung für jedes weitere angrenzende Reiseland	10,00
Internationaler Impfausweis, blanko	2,00
Übertragung von auswärtigen, zur Dokumentation des gültigen Impfschutzes erforderlichen Daten ☀️ je 4 Impfungen	5,00
Malariaberatung für ein Reiseland	15,00
Malariaberatung für ein Reiseland - Begleitperson	10,00
Weitere Beratungsleistung (je 15 min)	20,00

Impfungen und Impfstoffe werden zusätzlich berechnet. Die Eintragung von hier durchgeführten Impfungen ist in der Impfgebühr enthalten. Beachten Sie bitte: Ohne reisemedizinische Beratung führen wir keine Reiseimpfung oder Reiseprophylaxe durch!

Anmeldung				
Name, Vorname				
Geburtsdatum		Gewicht		Krankenkasse
Adresse				
Reiseziel (Land, Ort [bei Rundreisen Reiseroute mit Zeitangaben], ggf. auf einem Extrablatt)				
Reisezeit				
vom		bis		
Reisekriterien (bitte ankreuzen)				
<input type="checkbox"/> Hotel	<input type="checkbox"/> Sonnenbaden	<input type="checkbox"/> Safari	<input type="checkbox"/> Trekking	
<input type="checkbox"/> Rundreise	<input type="checkbox"/> Gerätetauchen	<input type="checkbox"/> Enger Kontakt mit Bevölkerung	<input type="checkbox"/> Einfache Unterkunft	
<input type="checkbox"/> Private Reise	<input type="checkbox"/> Berufliche Reise	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Frühere Erkrankungen				
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Ich bin gesund (keine Beschwerden)	
<input type="checkbox"/> Ich habe folgende Beschwerden:				
Chronische Erkrankungen / Besonderheiten				<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ja. Welche:				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Porphyrie	<input type="checkbox"/> Myasthenie	<input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Psych. Störungen	<input type="checkbox"/> Sonnenbrand/-allergie	<input type="checkbox"/> Lichtreaktionen	<input type="checkbox"/> Nierenschaden
<input type="checkbox"/> Leberschaden	<input type="checkbox"/> Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Stillen	<input type="checkbox"/> Brillengläser aus Kunststoff
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftswunsch	<input type="checkbox"/> Antikonzeptiva (Pille)	<input type="checkbox"/> Krampfadern / Thrombose (auch in der Familie)		

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten? nein Ja. Welche:**Impfausweis vorhanden?** nein Ja. Dann bitte unten die letzten Impfungen eintragen

Impfung	Datum letzte Impfung	Datum vorletzte Impfung	Datum drittletzte Impfung
Cholera			
Diphtherie			
FSME			
Gelbfieber			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
HPV			
Influenza (Grippe)			
Japan-Encephalitis			
Masern			
Meningokokken			
Mumps			
Pertussis (Keuchhusten)			
Pneumokokken			
Polio			
Röteln			
Tetanus			
Tollwut			
Typhus			
Varicella (Windpocken)			

AUFTRAG

für eine reisemedizinische Beratung und die resultierenden Impfleistungen

- Ich melde mich hiermit verbindlich für eine reisemedizinische Beratung und der resultierenden Impfleistungen an und erkenne die Abrechnungsmodalitäten ausdrücklich an.**

Ich bitte zusätzlich um (bitte ankreuzen)

- eine Gelbfieber-Impfung
- eine Malariaberatung
- einen internationalen Impfausweis
- Übertragung von Vorimpfungen in meinen neuen Ausweis
- Tauchtauglichkeitsuntersuchung mit Zeugnis
- Kassenärztliche Behandlung wegen
- Privatärztliche Behandlung wegen

 Ich reise alleine Ich reise mit _____ Begleitperson(en)

(Ort)

, den

(Datum)

Unterschrift

Die Anmeldung bitte persönlich in der Praxis abgeben oder vorab an 0221 – 570 810 10 faxen.