



Anmeldung zur reisemedizinischen Sprechstunde

Name Vorname Geburtsdatum

vollständige Adresse (inkl. Telefonnummer)

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 30 Euro in Rechnung gestellt. Die Impfleistung wird mit 10,72 Euro pro Impfung in Rechnung gestellt. Hinzu kommen noch die Kosten für die notwendigen Impfstoffe, die in der Apotheke entrichtet werden.

Ich erkläre mich ausdrücklich mit meiner Unterschrift zur Kostenübernahme bereit. Ob und in welchem Umfang eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt, ist vom mir selbst zu prüfen.

Ort, Datum, Unterschrift:

Reisedaten:

Reiseländer:	Aufenthalt:		Reisebedingungen:		
	Von:	Bis:	1	2	3

Reisebedingungen:

1 Rucksack-, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren / Campingurlaub

2 Aufenthalt in Städten od. touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen bzw. organisierte Rundreise (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)

3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Reiseverlauf:

Bitte nutzen Sie die Rückseite dieses Formulars um in Stichworten den Verlauf der Reise (Regionen, Städte) zu beschreiben!

Anamnese:

1. **Bekannte Allergie gegen:**
- Hühnereiweiß ja nein
- Antibiotika ja nein
- Malariamittel ja nein
- andere Stoffe ja nein

5. **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** ja nein

Wenn ja, welche:

2. **Frühere Impf-Unverträglichkeiten:** ja nein

Welche Impfungen:

6. **Hatten Sie in den letzten 6 Wochen Kontakt zu Personen mit einer Infektionskrankheit?** (Röteln, Windpocken, Masern, Hepatitis A, Scharlach, etc.) ja nein

3. **Bestehen bei Ihnen oder in Ihrer Familie Nervenleiden od. Epilepsie?** ja nein

7. **Leiden Sie an einer Immunschwäche?** ja nein

4. **Leiden oder litten Sie an:**
- Krebs ja nein
- Leukämie ja nein
- anderen chron. Krankheiten? ja nein

8. **Besteht eine Schwangerschaft?** ja nein

9. **Fühlen Sie sich zurzeit gesund?** ja nein