

# Anmeldung zur reisemedizinischen Beratung



Vorname: \_\_\_\_\_ Reiseziel: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Abreise: \_\_\_\_\_  
Reisestil:  Hotel  Rucksack  
Anmerkungen: \_\_\_\_\_

## Vor der Beratung:

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen, damit wir Sie bestmöglich beraten können.

1. Leiden Sie an einer Erkrankung?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Hatten Sie eine Nerven- oder Gehirnhautentzündung?  Ja  Nein
4. Leiden/Litten Sie an Krampfanfällen oder psychischen Erkrankungen?  Ja  Nein
5. Besteht eine Hühnereiweiß-Allergie/Unverträglichkeit?  Ja  Nein
6. Besteht eine andere Allergie/ Unverträglichkeit?  Ja  Nein
7. Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen/ Injektionen erfolgt?  Ja  Nein
8. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen/ Medikamente bekannt?  Ja  Nein
9. Hatten Sie bereits Schwächeanfälle nach einer Injektion oder Blutentnahme?  Ja  Nein
10. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder ist eine Schwangerschaft geplant?  Ja  Nein

Reisemedizinische Beratung, reisebezogene Impfstoffe und deren Impfleistung sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen leider ausgenommen. Einige Krankenkassen übernehmen die gezahlten Kosten für Auslandsreiseimpfungen und Malariamedikamente. Fragen Sie bei Ihrer Kasse nach.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie den rechtlich nötigen Auftrag, sich in unserer Praxis reisemedizinisch beraten, ggf. diesbezüglich untersuchen und nach erfolgter Aufklärung impfen zu lassen. Die Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ Stand 2017) berechnet. Eine Aufstellung der Gebühren finden Sie auf der Rückseite des Schreibens. Welche Position für Sie zutrifft, ist abhängig vom Reiseziel, Reiseroute, Aufenthaltsdauer und Vorimpfungen.

**Hiermit bestätige ich, dass ich über die entstehenden Kosten entsprechend der GOÄ für Ärzte im Rahmen der von mir gewünschten Reiseberatung unterrichtet worden bin und erkläre mich zur Kostenübernahme bereit. Die Erstellung der Rechnung kann auch über eine privatärztliche Abrechnungsstelle erfolgen.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## GOÄ Ziffern

Leistungsziffer	Beschreibung	Faktor 1,0	Faktor 2,3	Faktor 3,5
1	Beratung <10 Minuten		10,72 €	16,32 €
3	Beratung >10 Minuten		20,11 €	30,60 €
4	Fremdanamnese		29,49 €	44,88 €
5	Kleine Untersuchung		10,72 €	16,32 €
7	Untersuchung spezifischer Organsysteme		21,45 €	32,64 €
8	Ganzkörperstatus		34,86 €	53,04 €
K1	Kinderzuschlag <4 Jahre	6,99 €		
375	Erstimpfung		10,72 €	16,32 €
376	Orale Impfung		10,72 €	16,32 €
377	Parallelimpfung		6,70 €	10,20 €
252	Injektion		5,36 €	8,16 €
70	Erstellung eines Impfplanes	2,33 €	5,36 €	8,16 €
75	Ausführlicher Bericht		17,43 €	26,52 €