

# 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, Untersuchung und Impfung je nach Aufwand zwischen 20,- und 80,- Euro in Rechnung gestellt. Hinzu kommen noch die Kosten für die notwendigen Impfstoffe, je ca. 30,- bis 100,- Euro. Ich erkläre mich ausdrücklich mit meiner Unterschrift zur Kostenübernahme bereit.

Alle Nachweise über bisherige Impfungen werde ich baldmöglichst vorlegen. Die aufgrund meiner Angaben ausgearbeitete Impf- und Reiseempfehlung wird mir in einem persönlichen Gespräch erläutert. Die Dokumentation aller Impfungen erfolgt in einem internationalen Impfpass, den ich bei Bedarf zusätzlich erhalte.

**Reisedaten:**

Reiseländer:	<b>Aufenthalt:</b>		<b>Reisebedingungen:</b>		
	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 Touristenzentren (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:
- |               |                       |                       |
|---------------|-----------------------|-----------------------|
|               | ja                    | nein                  |
| Hühnereiweiß  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Antibiotika   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malariamittel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| andere Stoffe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja    nein
- 
- Wenn ja, welche: .....

2. Frühere Impf-Unverträglichkeiten:
- Welche Impfungen: .....

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

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

7. Leiden Sie an einer Immunschwäche?

4. Leiden oder litten Sie an:
- |                             |                       |                       |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Krebs                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leukämie                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anderen chron. Krankheiten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8. Besteht eine Schwangerschaft?

9. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?

Datum

Unterschrift des Reisenden