

Reiseimpfberatung

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Hinweis:

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen! Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Leistungen über unsere PVS (Privatärztliche Verrechnungsstelle) beglichen werden müssen.

In Abhängigkeit der Krankenkasse werden anfallende Kosten evtl. getragen, wenn Sie die dazugehörigen Rechnungen einreichen. Hierfür ist selbst Sorge zu tragen.

Kosten Reiseimpfberatung	(GOÄ-Ziffer 3)	20,11 €
Kosten Reiseimpfung	(GOÄ-Ziffer 375)	10,72 €
Kosten jede weitere Impfung am selben Tag	(GOÄ-Ziffer 377)	Je 6,70€

Der Impfpass sollte unbedingt mitgebracht werden!

Bitte lesen Sie sich die nachfolgenden Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie diese gewissenhaft. Für die einzelnen Länder geben Sie bitte auch die Regionen, Distrikte und Städte an, die Sie planen zu bereisen.

Reiseland/-länder

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____

Abreisedatum: _____ Rückreisedatum: _____

Art der Reise:

☐ Backpacking	☐ Rundreise
☐ Hotelreise	☐ Städtereise
☐ Trekking-Tour (Höhe _____)	☐ Sporturlaub (Sportart _____)
☐ Geschäftsreise	☐ Auslandssemester/Auslands-Schuljahr
☐ Kreuzfahrt	☐ Sonstiges

Anamnese		
1. Haben Sie Allergien oder leiden Sie an einer Hühnereiweißallergie oder – Unverträglichkeit? Wenn ja, an welchen? _____	☐ Ja	☐ Nein
2. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? Wenn ja, welche? _____	☐ Ja	☐ Nein
3. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Medikamente eingenommen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	☐ Ja	☐ Nein
4. Leiden Sie an schweren, chronischen Erkrankungen? (z.B. Leukämie, Krebs, AIDS, Asthma, entzündlichen Gelenkrheumatismus, Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden, andere?) Wenn ja, an welchen? _____	☐ Ja	☐ Nein
5. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine akute Erkrankung (z.B. Fieber, Unwohlsein) oder hatten Sie schwere Unfälle, Operationen etc.? Wenn ja, welche? _____	☐ Ja	☐ Nein
6. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche? _____	☐ Ja	☐ Nein
7. Bei Frauen: sind Sie derzeit schwanger oder ist eine Schwangerschaft geplant?	☐ ja	☐ Nein
Sonstiges: _____ _____ _____		

Hiermit bestätige ich über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (Beratungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme über die PVS bereit.

Ort, Datum

Unterschrift Reisender