

# - Gem.-Praxis Ute und Neithart Zimmermann -

Tel 02161 10464 \* Fax 02161 206830 \* email info@doc-ahoi.de \* www.doc-ahoi.de

<b>Reisemedizinische Gesundheitsberatung</b>			<b>Gelbfieberimpfstelle</b>	
Ernährungs- Medizin	Vorsorgen Check-up	Allergie-Diagnostik und -therapie	Impfungen	psychosom. Grundversorgung

## Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen

## Info und Auftrag

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender, sehr geehrte Eltern,

haben Sie Dank für Ihre Anfrage/Anmeldung. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen, es sei denn, es besteht eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Ausnahmen gelten für Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Masern sowie in Einzelfällen Hepatitis B, FSME u. a.

Dies gilt nach Mitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e. V. grundsätzlich auch für Privatversicherte.

Daher bitten wir Sie um Verständnis, wenn Sie anfallende Kosten selbst zu tragen haben.

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

### Gesamtleistung

Reisemedizinischer Beratungskomplex, d. h.

- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten ( für eine Reise und ein Land )
- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen und Gesundheitsdaten
- Erstellung einer individuellen Prophylaxeempfehlung
- Besprechung eines Prophylaxeplans
- kurze schriftliche Information für die geplante Reise € 30,00

### Einzelleistungen

- Begleitperson € 10,00
- Ergänzung für jedes weitere angrenzende Reiseland € 10,00
- Internationaler Impfausweis ( blanko, entfällt bei Gelbfieberimpfung ) € 2,00
- Übertragung der zur Dokumentation des gültigen Impfschutzes erforderlichen Daten
- bis zu 4 Impfungen € 2,00
- bis zu 8 Impfungen € 4,00
- Malariaberatung für ein Reiseland ( max. 15 min ) € 15,00
- Malariaberatung für ein Reiseland - Begleitperson € 10,00

Impfstoffe werden zusätzlich berechnet. Die Eintragung hier durchgeführter Impfungen ist in der Impfgebühr enthalten.

Mönchengladbach, den .....

Ihr Praxisteam

- **Gem.-Praxis Ute und Neithart Zimmermann** -

Tel 02161 10464 \* Fax 02161 206830 \* email info@doc-ahoi.de \* www.doc-ahoi.de

Anmeldung für

.....  
Name ..... Vorname ..... Alter ..... Körpergewicht .....

Reiseziel ..... Zeit ..... 20...  
Land, Ort ( bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. Extrablatt ) vom bis

Reisekriterien  Hotel  Sonnenbaden  Safari  Trekking  Rundreise  Gerätetauchen  
 enger Kontakt m. d. Bevölkerung  einfache Unterkunft  privat  dienstlich, sonstiges:

.....  
 ich bin gesund, ich habe keine Beschwerden  Beschwerden .....

Vorerkrankungen:  Masern  Hepatitis A  Hepatitis B; Allergien  nein  ja, und zwar

Hühnereiweißallergie  andere .....; Unverträglichkeiten  Malariamedikamente

Impfungen .....; sonstiges  .....

Aktuelle/chronische Erkrankungen  nein  ja .....

Diabetes  Psoriasis  Porphyrie  Myasthenie  Nervenkr.  Epilepsie  psychische  
Störungen  Sonnenbrand/-allergie  Lichtreaktionen  Nierenschaden  Leberschaden

Ggf. Angaben über  Neigung zu vag. Pilzinfektionen  Schwangerschaft  Stillen  
 Schwangerschaftswunsch  Antikonzeptiva

Einnahme von Medikamenten:  keine  .....

Vorhandener Impfschutz laut Impfausweis(en), bitte jeweils die **letzten** Impfdaten eintragen:  
 Ein Impfausweis liegt mir nicht vor.

Diphtherie ...../...../..... Tetanus ...../...../..... Polio ...../...../.....

Masern ...../...../..... Hepatitis A ...../...../..... Hepatitis B ...../...../.....

FSME ...../...../..... Tollwut ...../...../..... Mening. .... Gelbfieber .....

Cholera ...../..... Typhus ..... Jap. Encephalitis ...../...../..... Pneumok. ....

Ich bitte  um eine vollständige Reisemedizinische Beratung  lediglich um Malariaberatung

Impfungen, und zwar: .....

einen internationalen Impfausweis  Übertragung von Vorimpfungen in meinen neuen  
Ausweis. Ich wünsche zusätzliche  kassenärztliche  privatärztliche Behandlung wegen

....., den ..... 20...  
Datum Unterschrift