

Anamnesebogen zur Impfberatung

Liebe(r) Patient(in),

um Sie für Ihre geplante Urlaubsreise optimal beraten zu können, bitten wir Sie die folgenden Fragen kurz zu beantworten.

Ihre Daten

Name: _____ Geb. Datum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____
Größe: _____ Gewicht: _____

Ihre Reise

Reiseziel (Land, Ort): _____

Flugreise () Schiffreise () Busreise () PKW ()

Sonstiges: _____

Reiseroute: _____

Reisekriterien: Hotel () Pension () Trekking ()
Rundreise () Enger Kontakt zur Bevölkerung ()
Private Reise () Berufliche Reisekriterien ()
Sonstiges: _____

Abreisedatum : _____

Rückreisedatum: _____

Probleme bei bisherigen Impfungen: Ja () Nein ()

Wenn ja, welche: _____

Medikamentöse Malariaprophylaxe: bereits einmal erfolgt () noch nie ()

Probleme aufgetreten Ja () Nein ()

Wenn ja, welche: _____

Ihre Gesundheit

Kinderkrankheiten: _____

Operationen (größere/kürzlich): _____

Aktuelle Medikamente: _____

Thrombose: Ja () Nein ()

Lungenembolie: Ja () Nein ()

Wenn ja, welche: _____

Chronische Erkrankungen/Besonderheiten:

Für Patientinnen:

Schwangerschaft: Ja () Nein ()

Stillzeit: Ja () Nein ()

Schwangerschaftswunsch: Ja () Nein ()

Antibabypille Ja () Nein ()

Wichtig

Bitte bringen Sie zur Impfberatung und zur jeder Impfung ihren Impfpass mit!

Information zu den Kosten

Reisemedizinische Beratung, reisebezogene Impfstoffe und deren Impfleistung sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse leider ausgenommen.

Einige Krankenkassen übernehmen die gezahlten Kosten für Auslandsreiseimpfungen und Malariamedikamente.

Fragen Sie bitte bei ihrer Krankenkasse 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 berechnet.

Welche Position für Sie zutrifft, ist abhängig vom Reiseziel, Reiseroute, Aufenthaltsdauer und Vorimpfungen.

Durchzuführende Leistung(en): (nach GOÄ)	Faktor:	Betrag:
1 ausführliche Reiseimpfberatung	3,5	16,32 €
5 Untersuchung / Symtombezogen	2,3	21,45 €
375 Impfung	2,3	10,72 €
376 Folgeimpfung	2,3	10,72 €
377 Zusatzinjektion	2,3	6,69 €

+ Kosten für den jeweiligen Impfstoff !!

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: _____