



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): _____

Flugreisen Schiffsreise Busreise PKW
Sonstiges: _____

Reiseroute: _____

Reisekriterien: Hotel Pension Trekking
 Rundreise Enger Kontakt zur Bevölkerung
 Private Reise Berufliche Reise
 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, wann: _____

Allergien: 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 zu jeder Impfung ihren Impfpass mit!

Informationen zu den Kosten

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 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:
3 ausführliche Reiseimpfberatung	3,0-3,5	26,23 - Euro 30,60 Euro
7 Untersuchung Impffähigkeit/ Ausschluss akute Infektion	2,3	21,45 Euro
375 Impfung	2,3	10,72 Euro
376 Folgeimpfung	2,3	10,72 Euro
377 Zusatzinjektion	2,3	6,69 Euro

+ 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: _____