



Anmeldung zur reisemedizinischen Sprechstunde

Vor-/Nachname:
Anschrift:

Geb.Datum:
Telefonnummer:

Termin zur Beratung am:

Uhrzeit:

Ich wurde darüber informiert, dass es sich bei der Reiseimpfberatung um eine Spezialleistung handelt, die leider nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehört. Bedenken Sie bitte, dass eine fundierte medizinische Reiseberatung Sie vor unangenehmen Überraschungen auf Ihrer Reise schützen wird.

Nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden für die erbrachte Beratung, Untersuchung und Impfung je nach Aufwand zwischen ca. 20,- und ca. 50,- Euro fällig. Für einen schriftlichen Reiseplan entstehen Kosten von circa 10,- Euro. Hinzu kommen noch die notwendigen Impfstoffe. Ich erkläre mich hiermit 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:	Ankunft:			Reisebedingungen:		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3

Reisebedingungen:

- Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren / Campingurlaub)
- Aufenthalt in Städten od. touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)
- Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristenzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Art der Reise:

- Badeurlaub Sporturlaub (Sportart:)
 Rundreise Trekkingtour (Höhe:)
 Geschäftsreise Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Reisedauer: _____ Wochen / Monate

Anamnese:

- | | ja | nein |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Allergie gegen: | | |
| Hühnereiweiß | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sulfonamide | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Antibiotika | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malaria Mittel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| andere Stoffe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 2. Frühere Impfunverträglichkeiten:**
- Welche Impfungen:

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

- 4. Leiden Sie an:**
- Krebs
- Leukämie
- Schuppenflechte
- anderen chron. Krankheiten?
- Myasthenie / Thymuserkrankung

- 5. Nehmen Sie Kortison ein?**

- | | ja | nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

- 8. Besteht eine Schwangerschaft?**

- 9. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?**

- 10. Wenn Sie HIV-positiv sind, so teilen Sie uns das bitte unbedingt mit!**

Fachärzte für
Allgemein- und
Rettenungsmedizin

Hauptstraße 4
26122 Oldenburg

Fon 0441 | 50 30 64
Fax 0441 | 50 89 02

kontakt@praxis-ol.de
www.praxis-ol.de

Datum / Unterschrift des Reisenden