



Anmeldung zur reisemedizinischen Sprechstunde

Vorname, Nachname, Geb. Datum

Anschrift, Telefon, e-mail

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. 40,- und ca. 65,- Euro fällig. Für einen schriftlichen Reiseplan entstehen zusätzliche Kosten. 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

Table with columns: Reiseländer, Anknunft (Tag, Monat, Jahr), Reisebedingungen (1, 2, 3)

Reisebedingungen:

- 1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren / Campingurlaub)
2 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)
3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristenzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Art der Reise:

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

Reisedauer: Wochen / Monate

Anamnese:

- 1. Allergie gegen: Hühnereiweiß, Sulfonamide, Antibiotika, Malariamittel, andere Stoffe

- 6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- 2. Frühere Impfverträglichkeiten: Welche Impfungen:

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

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

- 8. Besteht eine Schwangerschaft?

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

- 9. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?

- 5. Nehmen Sie Kortison ein?

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

Fachärzte für Allgemein- und Rettungsmedizin

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