

### Reisemedizinische Gesundheitsberatung und Reiseimpfung

#### **Info und Auftrag**

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

haben Sie vielen Dank für Ihre Anfrage/Anmeldung. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden zumeist nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen, jedoch gibt es Ausnahmen für bestimmte Prophylaxearten, teilweise in Abhängigkeit von der jeweiligen Krankenkasse.

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

Anfallende Kosten werden Ihnen in Rechnung gestellt, soweit nicht andere Regelungen zum Tragen kommen. Analog der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte ergeben sich folgende Beträge:

## Gesamtleistung

Reisemedizinischer Beratungskomplex, d.h.

- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten (1 Reise, 1 Land)
- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen und Gesundheitsdaten
- Erstellung einer individuellen Prophylaxeempfehlung
- Reiseapotheke

#### **Beratung**

Einzelleistungen	GOÄ 3 (Beratung) Faktor 2,3	€20,11
Impfung weitere simultane Impfung	GOÄ 375 Faktor 2,3 GOÄ 377 Faktor 2,3	€ 10,72 € 6,70
Übertrag der zur Dokumentation des gültigen Daten in internationalen Impfausweis	ı İmpfschutzes erforderlichen GOÄ 70 Faktor 2,3	€ 4,56

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

# Anmeldung für

Name	Vorname	Geburtsdati	um Gewicht		
Straße	raße Wohnort		Krankenkasse		
Reiseziel Land, Ort(bei Rund	Ireisenbitte Route mit Zeitangab	Zeit en, evtl. Extrablatt) Vom	20		
mit einfachen Quartiere	n/Hotels; Camping-Reise	edingungen (Rucksack-/Tre n, Langzeitaufenthalte, prak Bevölkerung wahrscheinlich	ktische Tätigkeit im Gesundheits		
		nit (organisierten) Ausflüger Restaurants mittleren bis g	n ins Landesinnere (Pauschal- ehobenen Standards)		
	h in Großstädten oder Tou bzw. europäischen Stand		nd Verpflegung in Hotels bzw.		
O vorhersehbarer Umga	ang mit Tieren				
O Schwangerschaft	O Stillen O Schwanger	rschaftswunsch			
O Krampfadern/Thromb	ose (auch in der Familie)				
O Vorerkrankungen:					
O Einnahme von Medika	amenten:				
O Sonstiges:					
O ein Impfausweis liegt	mir nicht vor				

O vorhandener Impfschutz laut Impfausweis(en):

Impfung gegen	letzte Impfung am	vorletzte Impfung am	drittletzte am	Impfung
Diphterie				
Tetanus				
Polio				
Saisonale Grippe				
Masern				
Hepatitis A				
Hepatitis B				
Typhus				
Cholera				
Tollwut				
Gelbfieber				
Meningokokken				
Pneumokokken				
FSME				
Japan-Encephalitis				
Ich bitte um O reise O Impl O eine	emedizinischer Berat fung gegen n internationalen Imp			
Ort	, den		Unterschrift	