

## Dr. med. Michael Klamm, Taucherarzt, Reisemedizin

Rottstr.19, 67141Neuhofen Tel.: +49 6236 1231 Fax 06236 56815 +49(0) 172 6566186  
info@team-allgemeinmedizin-neuhofen.de www.team-allgemeinmedizin-neuhofen.de  
Reisemedizinische Gesundheitsberatung Gelbfieberimpfstelle Tauchtauglichkeitsuntersuchung

### Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen – Information und Auftrag

Sehr geehrte/r Leser/in,

haben Sie Dank für Ihre Anfrage/Anmeldung. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden zumeist nicht von Ihrer Krankenversicherung 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. Die amtliche Gebührenordnung enthält für privat zu bezahlende reisemedizinische Leistungen teilweise keine angemessenen Ziffern. Wir erlauben uns daher in Anlehnung an die „Liste zur Bewertung und Abrechnung Reisemedizinischer Leistungen“ für unsere Bemühungen in Rechnung zu stellen:

<b>Gesamtleistung</b>	<b>Kosten</b>
Reisemedizinischer Beratungskomplex, d.h. <ul style="list-style-type: none"><li>- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten (für eine Reise und ein Land)</li><li>- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen und Gesundheitsdaten</li><li>- Erstellung einer individuellen Prophylaxeempfehlung</li><li>- Besprechung eines Prophylaxeplans</li><li>- Kurze schriftliche Information für die geplante Reise</li></ul>	Kosten gem GOÄ Ziff 3 x 3,50 30,59 €  incl. Malariaberatung Ziff 3 X 5,0 43,70 €
<b>Einzelleistungen ergänzend</b>	
Begleitperson	10,72 €
Internationaler Impfausweis (blanko, entfällt bei Gelbfieberimpfung) Übertragung der zur Dokumentation des gültigen Impfschutzes erforderlichen Daten	2,00 €
Malariaberatung für ein Reiseland – Begleitperson	10,72 €

Impfungen werden gem. GOÄ Ziffer 375 bzw 377 zusätzlich berechnet. Die Eintragung hier durchgeführter Impfungen ist in der Impfgebühr enthalten.

Sie können im Abschluss die Rechnung mit der Impfrezeptquittung zusammen bei Ihrer Krankenkasse einreichen. Die meisten Kassen ersetzen die Kosten ganz oder teilweise!

Wir möchten Sie bitten die folgende Seite möglichst vollständig nach Ihren Bedürfnissen vorzubereiten und unterschrieben bei Ihrem Termin mit zu bringen, um eine individuelle Beratung zu Ihrer Reise anbieten zu können.

Ihr Praxisteam /Reisemed. Beratungspraxis

# Dr. med. Michael Klamm, Taucherarzt, Reisemedizin

Rottstr.19, 67141Neuhofen Tel.: +49 6236 1231 Fax 06236 56815 +49(0) 172 6566186  
 info@team-allgemeinmedizin-neuhofen.de www.team-allgemeinmedizin-neuhofen.de  
 Reisemedizinische Gesundheitsberatung Gelbfieberimpfstelle Tauchtauglichkeitsuntersuchung

**#NN** \_\_\_\_\_  
Name

**#VN** \_\_\_\_\_  
Vorname

**#STR** \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

**#PLZ #ORT** \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**#GD** \_\_\_\_\_  
geb. am

**Email unbedingt angeben**

**Smartphone unbedingt angeben**

Reisezeitraum von bis \_\_\_\_\_

Reiseziel: Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. auf Extrablatt)

## Reisekriterien

- Hotel    Sonnenbaden    Safari    Trekking    Gerätetauchen  
 Enger Kontakt m. d. Bevölkerung    Einfache Unterkunft  
 privat    dienstlich    Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Frühere Erkrankungen

- Masern    Hepatitis A    Hepatitis B

## Beschwerden

- Ich bin gesund (keine Beschwerden).    Ich habe folgende Beschwerden: \_\_\_\_\_

## Allergien/ Unverträglichkeiten

- Hühnereiweiß    Malariamedikamente    Impfstoffe    Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Aktuelle/chronische Erkrankungen

- Diabetes    Nierenschaden    Leberschaden    Krampfadern/Thrombosen (auch i. d. Familie)    Epilepsie  
 Nervenkrankheiten    Psychische Störungen    Sonnenbrand/-allergie    Lichtreaktionen    Psoriasis  
 Porphyrie    Myasthenie

## Ggf. Angaben über

- Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen    Schwangerschaft(-wunsch)  
 Stillen    Antikonzektiva    Brillengläser aus Kunststoff    Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Einnahme von Medikamenten

- Ich nehme keine Medikamente ein.    Ich nehme: \_\_\_\_\_

## Impfschutz

- Ein Impfausweis liegt mir nicht vor.  
 Vorhandener Impfschutz laut Impfausweis/en (pro Kästchen 1 Impftermin, tragen Sie bitte jeweils die letzte/n Impfung/en ein)

	letzte Impfung	vorletzte Impfung	drittletzte Impfung		letzte Impfung	vorletzte Impfung
Diphtherie				Cholera		
Tetanus				Grippe		
Hepatitis A				Masern		
Hepatitis B				Pertussis		
Tollwut				Typhus		
FSME				Gelbfieber		
Japan-Enzephalitis				Meningokokken- Erkrankung		
Polio				Pneumokokken- Erkrankung		

## Ich bitte um eine/einen

- reisemedizinische Gesundheitsberatung    Malariaberatung  
 internationalen Impfausweis  
 Übertragung von Vorimpfungen in neuen Ausweis    folgende Impfungen: \_\_\_\_\_

## Ich bitte zusätzlich um

- kassenärztliche    privatärztliche    Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift