



Dr. med Arne Woll
Facharzt für Innere Medizin
Notfallmedizin

Dr. med. Matthias Blasberg
Facharzt für Allgemeinmedizin
Psychotherapie

Telefon: 07031 22 03 77
E-Mail: praxis@hausarztboeblingen.de

Impfberatung für Fernreisen

Im Leistungsumfang sind enthalten:

- Auswertung des Fragebogens
- Beratung zu landestypischen Risiken, z.B. Malaria
- Überprüfung des Impfstatus, ggf. Impfung (s. u.)

Leistung	Ziffer	Faktor	Betrag in Euro
eingehende Beratung	3	2,3	20,10
zuzgl. je Impfung	375	1,0	4,66

Diesen Fragebogen bitte vor der reisemedizinischen Beratung ausfüllen.

Bedenken Sie bitte, dass für bestimmte Impfungen bis zu **3 Monate** Zeit bis zum Eintritt der Wirksamkeit eingeplant werden müssen. Vereinbaren Sie daher den Beratungstermin rechtzeitig vor Antritt der Reise! Geben Sie uns bitte zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen Ihren **Impfausweis** ab, damit wir den Impfstatus ermitteln können. Sie erhalten ihn nach dem Arztgespräch zurück.

Vorname: _____

Nachname: _____

Reiseland(/-länder): _____ Ankunftsdatum: _____

Rückkehr am: _____

Reisemittel	Reiseanlass	geplante Aktivitäten
<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Flugzeug <input type="checkbox"/> Zug <input type="checkbox"/> Schiff	<input type="checkbox"/> Erholungsurlaub <input type="checkbox"/> Geschäfts-/Bildungsreise <input type="checkbox"/> Abenteuer-/Erlebnisreise <input type="checkbox"/> Entwicklungshilfe	<input type="checkbox"/> Tauchen mit Gerät <input type="checkbox"/> Safari <input type="checkbox"/> Kontakt zu Tieren <input type="checkbox"/> Bergtouren (Höhe:_____ m) <input type="checkbox"/> Sonnenbaden <input type="checkbox"/> enger Kontakt zu Einheimischen
Unterkünfte	Aufenthalt	Hygiene
<input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Jugendherberge <input type="checkbox"/> Hütte <input type="checkbox"/> Camping	<input type="checkbox"/> Stadtgebiet <input type="checkbox"/> ländliche Gebiete	<input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> niedrig

bitte ankreuzen, falls zutreffend:

- Ich benötige eine schriftliche Bescheinigung über das Mitführen von Medikamenten.
- vor der Reise ist ein medizinischer Eingriff (Operation, Chemotherapie o.ä.) geplant.
- Bei früheren Impfungen sind bei mir schon einmal Unverträglichkeitsreaktionen aufgetreten.
- wegen der langen Reisedauer benötige ich einen Reisevorrat meiner regelmäßig einzunehmenden Medikamente und bitte um Ausstellung entspr. Rezepte.

bei Frauen: Schwangerschaft besteht ist geplant Stillzeit

Bitte füllen Sie auch die beiliegende **Einverständniserklärung** aus, da reisemedizinische Beratungen in der Regel **keine Kassenleistungen** sind. Ob Ihre Versicherung die Kosten übernimmt, können Sie dort telefonisch erfragen.

Inanspruchnahme von Individuellen Gesundheitsleistungen

Persönliche Erklärung des Patienten/der Patientin:

Ich,

Name, Vorname _____

Strasse, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

wünsche die Durchführung folgender privatärztlicher Leistungen:

- reisemedizinische Beratung -

Meine (Zu-)Zahlung beträgt: **20,10 EUR**

zuzüglich 4,66 EUR pro Impfung

Es ist mir bekannt, dass es um eine Selbstzahlerleistung ohne medizinische Notwendigkeit handelt und die Kosten daher von der Krankenkasse nicht übernommen werden können. Die Rechnungsstellung erfolgt mit meinem Einverständnis über die PVS.

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Böblingen, den

Unterschrift Patient(in)