

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

haben Sie Dank für Ihre Anfrage/Anmeldung. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen, es sei denn, es besteht eine behandlungsdürftige Erkrankung. Ausnahmen gelten für die normalen Routine-Impfungen (Diphtherie, Tetanus, Polio, u.a.).

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

Daher bitte ich Sie um Verständnis, wenn Sie anfallende Kosten selber zu tragen haben.

Die amtliche Gebührenordnung enthält außer für Impfungen keine angemessenen Ziffern. Ich erlaube mir daher in Anlehnung an die "Liste zur Abrechnung Reisemedizinischer Leistungen" für meine Bemühungen in Rechnung zu stellen:

Gesamtleistung Reisemedizinischer Beratungskomplex, d.h.

- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten (für eine Reise in ein Land)
- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen
- Erstellung einer individuellen Prophylaxeempfehlung
- Besprechung eines Prophylaxeplans
- Kurze schriftliche Information für die geplante Reise € 35,00

Einzelleistungen

Begleitperson	€ 10,00
Ergänzung für jedes weitere Reiseland	€ 10,00
Internationaler Impfausweis	€ 5,00
Dokumentation des gültigen Impfschutzes erforderlichen Daten im Ausweis	
- bis zu 4 Impfungen	€ 2,00
- bis zu 8 Impfungen	€ 4,00
Malariaberatung für ein Reiseland (max. 15 Minuten)	€ 15,00
Malariaberatung für ein Reiseland – Begleitperson	€ 10,00

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Reiseimpfungen

Anmeldung für _____
Name Vorname Alter Gewicht / Größe

Anmeldung für _____ Zeit _____
Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitplan; evt. Extrablatt) von bis 200

Reisekriterien: Hotel Sonnenbaden Safari Trekking Rundreise
 Tauchen enger Kontakt m.d. Bevölkerung einfache Unterkunft
 privat dienstlich sonstiges:

Frühere Erkrankungen: Masern Hepatitis A Hepatitis B Ich bin gesund

Ich habe Beschwerden: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: ja nein

Hühnereiweiß Malariamedikamente Impfstoffe sonstiges

Aktuelle chronische Erkrankungen nein ja: _____

Diabetes Hauterkrankung Epilepsie Sonnenallergie Leber-/Nierenerkrankung

Einnahmen von Medikamenten nein ja: _____

Ich bitte um eine reisemedizinische Gesundheitsberatung Malariaberatung

Impfungen, und zwar _____ einen internationalen Impfausweis

Übertragung von Vorimpfungen in meinen neuen Ausweis.

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis und evt. Krankenunterlagen zur Beratung mit !!!

_____, den _____ 20____
Ort Datum Unterschrift