



Sonnleite 33

97076 Würzburg

Tel: 0931 272562 Fax: 0931 272563

Internet: www.familienarztpraxis.de E-Mail: info@familienarztpraxis.de

Anmeldung & Kostenübernahmeerklärung zur Reisemedizinischen Sprechstunde

Name: _____	Vorname: _____	
Geb. am: _____	Ort: _____	Nationalität: _____
Straße: _____		PLZ, Ort: _____
Reiseziel(e)/-route: _____		
Reiseart: <input type="checkbox"/> Flug <input type="checkbox"/> Schiff <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Abreise: _____		Rückkehr: _____
Reisestil: <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Rucksack <input type="checkbox"/> organisiert (mit Reiseveranstalter)		
<input type="checkbox"/> Erholung <input type="checkbox"/> Abenteuer <input type="checkbox"/> Geschäftsreise		
Sonstige Anmerkungen: _____		
Besondere Aktivitäten (Tauchen etc.): _____		

Vor der Reisemedizinischen/Reiseimpfberatung ...

... möchten wir Ihnen einige **Fragen** stellen, um Sie bestmöglich beraten zu können. Falls einige Fragen für Sie unklar sein sollten, so besprechen wird diese gerne anschließend im Rahmen des **Beratungsgesprächs**. Zudem informieren wir sie über die anfallenden Kosten (**siehe Rückseite**). Bitte bringen Sie ihren **Impfpass** mit, ohne diesen ist eine Beratung nicht sinnvoll bzw. nicht vollständig möglich!

	Ja	Nein
Leiden Sie an akuten/chronischen Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente (auch rezeptfreie)/ Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Nerven- oder Gehirnhautentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Krampfanfälle oder psychische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung des Thymus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Hühnereiweiß-Allergie /-Unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen andere Allergien/Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen oder Injektionen erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal Anti-Malaria Medikamente genommen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienarztpraxis Dr. Heppner & Dr. Hellmuth

Allgemeinmedizin, Akupunktur, Chirotherapie, **Gelbfieberimpfstelle**, Reisemedizin, Sportmedizin

Standardimpfungen gemäß den Empfehlungen der ständigen Impfkommision am Robert Koch Institut (STIKO) sind in der Regel eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Hierzu zählen gelegentlich auch spezielle Indikationsimpfungen für bestimmte Berufs-/Patientengruppen.

Reisemedizinische Beratungen/Untersuchungen, reisebezogene Impfstoffe und deren Impfleistung sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse ausgenommen.

Einige Krankenkassen übernehmen (anteilig) die gezahlten Kosten für Auslandsimpfungen , für Untersuchungen/Impfungen und Malariamedikamente. Fragen Sie bei Ihrer Kasse nach!

(www.crm.de/krankenkassen/kk_tabelle_kassen.htm)

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie den rechtlich nötigen Auftrag, sich bei uns reisemedizinisch beraten, ggf. diesbezüglich untersuchen und, nach erfolgter Aufklärung, impfen zu lassen.

Die Leistungen werden analog/nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet.

Welche Position für Sie zutrifft, ist abhängig von ihrem Reiseziel, der Reiseroute, der Aufenthaltsdauer, Ihrem Gesundheitszustand, den Vorimpfungen.

	Leistung	Leistungsziffer nach GOÄ	Faktor nach GOÄ	Betrag
<input type="radio"/>	Reisemedizinische Beratung, bis 10 Min	1 a	2,146	10,00 €
<input type="radio"/>	Reisemedizinische Beratung, bis 20 Min	804 a	2,288	20,00 €
<input type="radio"/>	Reisemedizinische Beratung, bis 30 Min	34 a	1,711	30,00 €
<input type="radio"/>	Ausführliche Reiseberatung > 30 Min	34 b	3,432	60,00 €
<input type="radio"/>	Kurze Beratung bei Reiseimpfung	1 b	1,073	5,00 €
<input type="radio"/>	Reiseimpfung (ohne Impfstoff)	375 a	1,502	7,00 €
<input type="radio"/>	Erstellung eines Impfplans/Ausdruck Reiseberatung	70 a	2,145	5,00 €
<input type="radio"/>	Symptombezogene Untersuchung	5 a	2,146	10,00 €
<input type="radio"/>	Körperliche Untersuchung/Organsysteme	7 a	2,145	20,00 €
<input type="radio"/>	Untersuchung Ganzkörperstatus	8 a	1,979	30,00 €
<input type="radio"/>	Reiseimpfung parallel (ohne Impfstoff)	377 a	1,717	5,00 €
<input type="radio"/>				

Dazu kommen ggf. die Kosten für den jeweiligen Impfstoff (wenn Sie ihn nicht mitbringen)!

Sollten Sie eine Nutzung/Verrechnung von uns vorgehaltenen Impfstoffen nicht wünschen, stellen wir Ihnen auch Rezepte dafür aus. Den Impfstoff müssen Sie dann ordnungsgemäß lagern und zum Impftermin mitbringen.

Impfstoff gegen:	Name:	Preis in €:	nötige Anzahl:

Hiermit bestätige ich, dass ich über die entstehenden Kosten, entsprechend der GOÄ für Ärzte im Rahmen der von mir gewünschten Reiseberatung, unterrichtet worden bin und erkläre mich zur Kostenübernahme bereit.

Die Rechnung/Quittung, die ich nach der Bezahlung bekomme, kann ich meiner Krankenkasse ggf. mit meinem Antrag auf Kostenübernahme vorlegen.

Würzburg, _____

Unterschrift: _____