

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:

2.1.1. Aufklärung und Einwilligung der Patienten

PI - Patienteninformation

Reisemedizin

Liebe Patientinnen, Liebe Patienten

In unserer Praxis werden einige Leistungen, die in der Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, als sog. **individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)** angeboten.

Wir bieten Ihnen Impfberatungen und Impfungen an, die nicht in den Rahmen der normalen Schutzimpfungen fallen, z.B. **Reiseimpfungen**.

Die Kosten betragen für:

Impfberatung	GOÄ Ziffer 34A (2,3 f. Satz)	40,22 Euro
Impfung (s.c., i.m.) (einmalig, auch bei mehrfacher Impfung)	GOÄ Ziffer 375 (2,3 f. Satz)	10,72 Euro
Ausstellen eines Impfausweises		5,00 Euro

Zum 1. Termin der Reise-Impfberatung bringen Sie bitte mit:

- Impfausweis
- Informationen über: Reiseziel, Zeitraum der Reise, Art der Reise (z.B. Badeurlaub, Bildungsreise, Trekking-Tour, oä.)

Der entsprechende Impfstoff wird Ihnen nach der Beratung privat rezeptiert und sie besorgen den Impfstoff selbst. Impfstoff bitte gekühlt aufbewahren.

Zum Impftermin bringen Sie bitte den Impfstoff mit.

Die Rechnung erhalten Sie nach Abschluss der Behandlung.

.....
Name d. Patienten: Geb. Datum:

Für die von mir gewünschte Behandlung bin ich selbst zahlungspflichtig.

Ich habe für die von mir gewünschte Behandlung auch keinen sicheren Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber meiner Krankenkasse.

Meine behandelnden Ärzte werden diese Leistungen privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Die Rechnung ist von mir zu bezahlen.

Mit der Speicherung meiner Angaben bin ich lt. Datenschutz – Grundverordnung einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

2.1.1. Aufklärung und Einwilligung der Patienten

PI - Patienteninformation

Reisemedizin

Größe: _____ Gewicht: _____

Reiseziele: _____

Reisebeginn: _____

Reisedauer: _____

- Individuell
- Pauschal
- Familienbesuch
- Urlaub
- Praktikum: _____
- berufliche Tätigkeit: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein ja, welche: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Medikamente oder Hühnereiweiß)

nein ja, welche: _____

Akute oder chronische Erkrankungen körperlicher oder psychischer Ursache

nein ja, welche: _____

Wurde Ihnen die Milz entfernt? nein ja

Besteht eine Schwangerschaft oder ist in den kommenden 3 Monaten eine geplant?

nein ja

Erhielten Sie in den letzten 6 Wochen Impfungen gegen Windpocken (Varizellen), Masern, Mumps, Röteln (MMR)? ja nein, bitte unten eintragen

Malariavorsorge:

Allgemeine vorbeugende Maßnahmen

- Mückenschutz (Expositionsprophylaxe): d.h. entsprechende Kleidung, Repellentien (mückenabstoßende Mittel), Moskitonetze etc.

Vorsorgemedikament (Medikamentöse Prophylaxe)

- | | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atovaquone/Proguanil (Malarone) | _____ Tbl., täglich, nach dem Essen |
| <input type="checkbox"/> Mefloquin (Lariam) | _____ Tbl., 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Doxycyclin Monohydrat 100mg | _____ Tbl., täglich, mit viel Flüssigkeit |

Einnahmebeginn: _____ Tage vor Betreten des Malariagebietes

Einnahmeende: _____ Woche/n nach Verlassen des Malariagebietes

Notfallmedikamente (Standby) Zur Einnahme bei Malariaverdacht

- Chloroquin (Weimerquin, Resochin)
- Atovaquone/Proguanil (Malarone)
- Artemether/Lumefantrin (Riamet)

2.1.1. Aufklärung und Einwilligung der Patienten

PI - Patienteninformation

Reisemedizin

- Sonstige

Impfungen:

	Impfung	Wann zuletzt geimpft?	Impfungen/Termine
	Tetanus		
	Diphtherie		
	Polio		
	Pertussis		
	Gelbfieber		
	Hepatitis A		1. 2.
	Typhus		
	Meningokokken		Nimenrix, Menoveo
	Japanische Encephalitis		1. 2.
	Hepatitis B		1. 2. 3. 4.
	Hepatitis A+B		1. 2. 3. 4.
	Tollwut		1. 2. 3.
	MMR/Varizellen/Influenza		

- Ich habe keine weiteren Fragen
 Ich habe weitere Fragen:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters