

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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.)                    | GOÄ Ziffer 375 (2,3 f. Satz) | 10,72 Euro |
| (einmalig, auch bei mehrfacher Impfung) |                              |            |

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| 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), Moskitonetz etc.

Vorsorgemedikament (Medikamentöse Prophylaxe)

- ☐ Atovaquone/Proguanil (Malarone) \_\_\_\_\_ Tbl., täglich, nach dem Essen
- ☐ Mefloquin (Lariam) \_\_\_\_\_ Tbl., 1x pro Woche
- ☐ 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.<br>2.          |
|  | Typhus                   |                       |                   |
|  | Meningokokken            |                       | Nimenrix, Menoveo |
|  | Japanische Encephalitis  |                       | 1. 2.             |
|  | Hepatitis B              |                       | 1. 2.<br>3. 4.    |
|  | Hepatitis A+B            |                       | 1. 2.<br>3. 4.    |
|  | Tollwut                  |                       | 1. 2.<br>3.       |
|  | MMR/Varizellen/Influenza |                       |                   |

☐ Ich habe keine weiteren Fragen

☐ Ich habe weitere Fragen:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters