Hausarztzentrum Bottrop
Luerweg | Joiko | Müller

Gelbfieberimpfung

_____, _____, _____

Name Vorname Geburtsdatum

_____, _____,

Straße PLZ, Ort

_____

Telefon

_____

E-Mail

Ihre Kasse hat einen exklusiven Vertrag mit den Ärzten über die Durchführung von Reiseimpfungen geschlossen.

Hierdurch können wir notwendige Reiseimpfungen direkt mit Ihrer Krankenkasse abrechnen. Auch die Kosten für die Impfstoffe werden direkt durch die Krankenkasse beglichen.

Sie wünschen eine Gelbfieberimpfung vor Ihrer Reise.

Falls noch nicht geschehen, empfehlen wir Ihnen zusätzlich eine reisemedizinische Planung eventuell erforderlicher weiterer Impfungen sowie eine Malariaberatung für Ihr Reiseland.

Falls Sie dies wünschen, lassen Sie es uns wissen.

Hausarztteam

Dr. C. Luerweg/ H. Joiko/ S. Müller

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum**

Abrechnung der Impfleistungen

Folgende Kosten werden von den Vertragskassen übernommen. Die Abrechnung erfolgt direkt mit Ihrer Krankenkasse

- Durchführung der Impfung
- Kosten des Impfstoffs

Ich wünsche die Durchführung einer **Gelbfieberimpfung**.

_____

Bottrop, Datum **Unterschrift Patient(in)**

Reisemedizinische Impfberatung gewünscht ?

- Ja
- Nein

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum**

Reisemedizininische Anamnese

Reiseziel: **Land/Länder 1._____ 2._____ 3._____**

Reiseroute: **Städte/Orte/Sehenswürdigkeiten/Nationalparks etc. in zeitlicher Reihenfolge**

Zu 1._____

_____

_____

_____

Zu 2._____

_____

_____

_____

Zu 3._____

_____

_____

_____

Für weitere Angaben bitte Extrablatt benutzen
Falls Ihnen Reiseunterlagen mit Routenbeschreibungen vorliegen, legen Sie diese bitte bei

Reisedatum: **1._____ 2. _____ 3._____**

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum**

Reisekriterien:

- **Organisierte Reise (Reiseveranstalter)** **o Eigenregie**
- **Geplante Route** **o Spontane Route**

- **Aufenthalt an einem Ort** **o Kombination Rundreise mit Hotel**
- **Rundreise**

- **Hotel** **o Camping**
- **Tracking/Rucksacktourismus** **o Einfache Unterkunft**

- **Enger Kontakt zur Bevölkerung** **o Tierkontakte zu erwarten**

- **Schiffsreise mit organisierten Ausflügen** **o Flugzeug**
- **Busreise** **o Fahrrad**
- **Auto**

- **Gerätetauchen** **o Bergsteigen**
- **Flugsport (Drachenfliegen/Fallschirmspringen)**

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum**

Gesundheitszustand:

- **Ich bin gesund und habe keine Beschwerden**
- **Ich habe Beschwerden, und zwar _____**

Aktuelle und chronische Erkrankungen:

- **Nein, ich habe keine Erkrankungen**
- **Ja,_____**
- **Folgende Erkrankungen sind bei mir bekannt**

  O Bluterkrankheit

  O Diabetes O Psoriasis O Porphyrie

  O Herzkrankheiten (KHK, Infarkt, Herzleistungsschwäche)

  O Myasthenie O Epilepsie O Psychische Störungen O Nervenkrankheiten

  O Nierenschaden O Nierenleistungsschwäche

  O Leberschaden O Hepatitis

  O Masern

  O Allergien und zwar_____

  O Rheuma O M.Crohn O Colitis ulcerosa

  O Andere Autoimmunerkrankungen
  (z.B. Wegener, Lupus erythematodes, Sklerodermie, Arteriitis temp.)

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum**

Einnahme von Medikamenten:

- **Keine**
- **O Marcumar O andere Blutverdünner (Eliquis,Pradaxa, Xarelto,Lixiana)**
- **Immundämpfende Medikamente (z.B. MTX, Kortison, Imurek, Azathioprin) ein**
- **Ich nehme regelmäßig Medikamente, und zwar _____**

Allergien:

- **Nein**
- **Ja, und zwar_____**
- **Hühnereiweißallergie**

Impfausweis:

- **Liegt vor und wird eingereicht**
- **Ein Impfausweis existiert nicht oder nicht mehr**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

_____

Bottrop, Datum **Unterschrift Patient(in)**

Bitte zurückfaxen an **02041/7574-15** oder per mail an **info@gelbfieberimpfstelle.eu**