

Gelbfieberimpfung

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	
Straße	PLZ, Ort	

Telefon		

E-Mail		

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/ D. Günes

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Abrechnung Gelbfieberimpfung

Leistungsinhalt

Ziffer/ GOÄ

Euro

Durchführung der Gelbfieberimpfung

Durchführung der Impfung	375 (F2,3)	10,71 €
Körperliche Untersuchung	7 (F2,3)	21,45 €
Beratung am Impftag	1 (F2,3)	10,71 €

Impfstoffkosten

**Apotheken-
Bezugspreis**

Reisemedizinische Planung je 1 Reiseland	A77 (F2,28)	20,00 €
Impfplanung je 1 Begleitperson	A76 (F2,45)	10,00 €

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich wünsche die Planung und Durchführung einer **Gelbfieberimpfung**.

Mir ist bewusst, dass es sich um eine Privatleistung handelt. Ich erhalte eine detaillierte Rechnung, die ich meiner Krankenkasse vorlegen kann. Ein gesetzlicher Anspruch auf Kostenerstattung besteht nicht. Eine Erstattung auf dem Kulanzwege ist jedoch häufig möglich.

Bottrop, Datum

Unterschrift Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Reisemedizinische 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)**
- Geplante Route**
- Aufenthalt an einem Ort**
- Rundreise**
- Hotel**
- Tracking/Rucksacktourismus**
- Enger Kontakt zur Bevölkerung**
- Schiffsreise mit organisierten Ausflügen**
- Busreise**
- Auto**
- Gerätetauchen**
- Flugsport (Drachenfliegen/Fallschirmspringen)**
- Eigenregie**
- Spontane Route**
- Kombination Rundreise mit Hotel**
- Camping**
- Einfache Unterkunft**
- Tierkontakte zu erwarten**
- Flugzeug**
- Fahrrad**
- Bergsteigen**

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
 - Bluterkrankheit
 - Diabetes Psoriasis Porphyrrie
 - Herzkrankheiten (KHK, Infarkt, Herzleistungsschwäche)
 - Myasthenie Epilepsie Psychische Störungen Nervenkrankheiten
 - Nierenschaden Nierenleistungsschwäche
 - Leberschaden Hepatitis
 - Masern
 - Allergien und zwar _____
 - Rheuma M.Crohn Colitis ulcerosa
 - 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**