

## 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/ D.Günes

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

Folgende Kosten sind von Ihnen zu tragen

- **Auswertung der Reiseroute mit Überprüfung der Notwendigkeit einer Gelbfieberimpfung**
- **Auswertung Ihrer Gesundheitsdaten in Bezug auf die Impfung**

Hierfür berechnen wir

- **Reisemedizinische Planung je 1 Reiseland      A77(F2.28)      20 Euro**
- **Impfplanung je 1 Begleitperson              A76(F2.28)      10 Euro**

Ich wünsche die Durchführung einer **Gelbfieberimpfung**.

---

**Bottrop, Datum**

**Unterschrift Patient(in)**

---

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**