

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

- **A77(F2.28) 20 Euro**
- **A76(F2.28) 10 Euro (je Begleitperson)**

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

Impfzusweis:

- Liegt vor und wird eingereicht
- Ein Impfzusweis 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**