

## Reisemedizinische Impfplanung

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Name                      Vorname                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Straße                      PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Die Impfplanung vor Reisen ist ein sehr komplexer Vorgang, der umfangreiche Erfahrungen in der Flug- und Reisemedizin voraussetzt. Die Beratung erfordert sowohl Kenntnisse über das Reiseland, die Impfstoffe, deren Nebenwirkungen und Kombinierbarkeiten als auch das Wissen um zeitliche Abstände der einzelnen Impftermine und nicht zuletzt auch über Ihre persönlichen gesundheitlichen Voraussetzungen bzw. Risiken.

Auf der Basis computergestützter Programme und aktuellster Datenbanken erstellen wir in einem zum Teil sehr zeitaufwändigen Verfahren Ihren persönlichen Impfplan.

Besonders in den Fällen, in denen nur wenig Zeit bis zur Abreise übrig bleibt, muss geprüft werden, ob verkürzte Impfschemata zur Verfügung stehen, um noch einen ausreichenden Impfschutz zu erreichen. Hierbei wird regelmäßig auch auf neueste Studienlagen zurückgegriffen.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aus diesem Grunde eine Impfung nur nach eigener gründlicher Planung durchführen können. Internetrecherchen sowie Auskünfte von Krankenkassen und Apothekenausdrucke können wir nicht für unsere Planung berücksichtigen.

Sollte eine Planung bei uns für Sie dementsprechend nicht infrage kommen, bitten wir Sie auch aus rechtlichen Gründen, die Impfungen andernorts durchführen zu lassen.

Zur Information haben wir Ihnen die entstehenden Kosten unserer Planung auf der Folgeseite aufgeführt. Unserer Erfahrung nach werden diese von den gesetzlichen Kassen meist problemlos erstattet. Eine Gewähr hierfür kann jedoch nicht gegeben werden.

Hausarztteam

Dr. C. Luerweg/ H. Joiko/ D. Günes

Name:

Vorname:

Geburtsdatum

## Abrechnung impfmedizinischer Planung b.Reisen

---

Leistungsinhalt	Ziffer/ GOÄ	Euro
<b>Reisemedizinischer Basiskomplex</b>		
<b>Planung je 1 Land</b>	A77 (F2,28)	<b>20 €</b>
<b>Planung je weiteres Reiseland</b>	A78 (F0,953)	<b>10 €</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Auswertung d. Reiseroute</li><li>• Auswertung d. Reisebedingungen</li><li>• Auswertung der Impfstatus</li><li>• Auswertung der Gesundheitsdaten</li><li>• Erstellung des Impfplanes<ul style="list-style-type: none"><li>○ Impfstoffe</li><li>○ Kombinierbarkeit untereinander u. bestehenden Vorimpfungen</li><li>○ Abstände</li><li>○ Mögliche Kontraindikationen</li><li>○ Schnellimpfschemata (Studienlage)</li></ul></li></ul>		
<b>Planung je Begleitperson</b>	A76 (F2,45)	<b>10 €</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Auswertung der Impfstatus</li><li>• Auswertung der Gesundheitsdaten</li><li>• Erstellung des Impfplanes<ul style="list-style-type: none"><li>○ Impfstoffe</li><li>○ Kombinierbarkeit untereinander u. bestehenden Vorimpfungen</li><li>○ Abstände</li><li>○ Mögliche Kontraindikationen</li><li>○ Schnellimpfschemata (Studienlage)</li></ul></li></ul>		
<b>Malariaberatung (falls erforderlich)</b>	1( F2,3)	<b>10 €</b>
<b>Impfungen</b>		
Bitte beachten Sie, dass für die Impfung selber Kosten anfallen, die ebenfalls von Ihnen zu tragen sind.		
<b>Erste Impfung je Termin</b>	<b>375 (F 2,3)</b>	<b>10,71</b>
<b>Weitere Impfung je Termin</b>	<b>377 (F 2,3)</b>	<b>6,69</b>
<b>Untersuchung vor Impfung</b>	<b>7 (2,3)</b>	<b>21,45</b>
<b>Ggf. Beratung am Tag</b>	<b>1 (2,3)</b>	<b>10,71</b>

---

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum**

Die Kosten für den **reisemedizinischen Basiskomplex** werden nach Erstellen der Impfplanung fällig. Sie fallen auch für den Fall an, dass die empfohlenen Impfungen nicht erfolgen, weil zum Beispiel die Reise nicht angetreten wird.

Die Kosten für die Impfungen werden natürlich erst nach Durchführung berechnet.

Hiermit beauftrage ich eine reisemedizinische Impfplanung.

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(in)**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum

## Reisemedizinische Beratung für

**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**