

Um mich auf Ihren Termin bestmöglich vorbereiten zu können, bitte ich Sie, vorab das ausgefüllte Formular per **E-Mail : info@dr-scherwinski.de** oder per **Fax 030 / 787 07 007** an mich zu schicken.

Das unterschriebene Formular bringen Sie bitte zum Termin mit.

Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen – Information und Auftrag

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

vielen Dank für Ihre Anfrage/Anmeldung. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden zumeist nicht von Ihrer Krankenversicherung übernommen, jedoch gibt es Ausnahmen für bestimmte Prophylaxearten, teilweise in Abhängigkeit von der jeweiligen Krankenkasse. Dies gilt nach Mitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V. grundsätzlich auch für Privatversicherte.

Anfallende Kosten werden Ihnen in Rechnung gestellt, soweit nicht andere Regelungen zum Tragen kommen. Die amtliche Gebührenordnung enthält für privat zu bezahlende reisemedizinische Leistungen teilweise keine angemessenen Abrechnungsziffern. Wir erlauben uns daher in Anlehnung an die „Liste zur Bewertung und Abrechnung Reisemedizinischer Leistungen“ für unsere Bemühungen in Rechnung zu stellen:

Gesamtleistung	Kosten
Reisemedizinischer Beratungskomplex, d.h. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten (für eine Reise und ein Land) ▪ Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen und Gesundheitsdaten ▪ Erstellung einer individuellen Prophylaxeempfehlung ▪ Besprechung eines Prophylaxeplans ▪ Kurze schriftliche Information für die geplante Reise 	25,00 €
Einzelleistungen	
Begleitperson	10,00 €
Ergänzung für jedes weitere angrenzende Reiseland	10,00 €
Internationaler Impfausweis (blanko, entfällt bei Gelbfieberimpfung)	2,00 €
Übertragung der zur Dokumentation des gültigen Impfschutzes erforderlichen Daten <ul style="list-style-type: none"> ▪ bis zu 4 Impfungen ▪ bis zu 8 Impfungen 	2,00 € 4,00 €
Malariaberatung für ein Reiseland (max. 15 min)	15,00 €
Malariaberatung für ein Reiseland - Begleitperson	10,00 €

Impfstoffe werden zusätzlich berechnet. Die Eintragung hier durchgeführter Impfungen ist in der Impfgebühr enthalten.

Ihre Praxis Dr. Martin Scherwinski

Name		Vorname	
Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort	
Geboren am	Gewicht (Kg)	Reisezeitraum von	Reisezeitraum bis
Reiseziel: Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. auf Extrablatt)			

Reisekriterien

<input type="checkbox"/> Hotel	<input type="checkbox"/> Sonnebaden	<input type="checkbox"/> Safari	<input type="checkbox"/> Trekking
<input type="checkbox"/> Gerätetauchen	<input type="checkbox"/> Enger Kontakt mit der Bevölkerung	<input type="checkbox"/> Einfache Unterkunft	
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Dienstlich	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="text"/>

Frühere Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Beschwerden

<input type="checkbox"/> Ich bin gesund	<input type="checkbox"/> Ich habe folgende Beschwerden:	<input type="text"/>
---	---	----------------------

Allergien/ Unverträglichkeiten?

<input type="checkbox"/> Hühnereiweiß	<input type="checkbox"/> Malariamedikamente	<input type="checkbox"/> Impfstoffe
<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="text"/>	

Aktuelle/chronische Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nierenschaden	<input type="checkbox"/> Leberschaden	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten	<input type="checkbox"/> Krampfadern/Thrombosen (auch in der Familie)	<input type="checkbox"/> Psychische Störungen	
<input type="checkbox"/> Sonnenbrand/-allergie	<input type="checkbox"/> Lichtreaktionen	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Porphyrrie
<input type="checkbox"/> Myastherie	<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="text"/>	

Ggf Angaben über

<input type="checkbox"/> Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft(swunsch)	
<input type="checkbox"/> Stillen	<input type="checkbox"/> Antikonzeptiva	<input type="checkbox"/> Brillengläser aus Kunststoff
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="text"/>	

Einnahme von Medikamenten

<input type="checkbox"/> Ich nehme keine Medikamente ein	
<input type="checkbox"/> Ich nehme:	<input type="text"/>

Name		Vorname	
Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort	
Geboren am	Gewicht (Kg)	Reisezeitraum von	Reisezeitraum bis

Reiseziel: Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. auf Extrablatt)

Impfschutz

- Ein Impfausweis liegt mir **nicht** vor.
- Vorhandener Impfschutz laut Impfausweis/en
(pro Kästchen 1 Impftermin, tragen Sie bitte jeweils die letzte/n Impfung/en ein)

	letzte Impfung	vorletzte Impfung	drittletzte Impfung
Diphtherie			
Tetanus			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Tollwut			
FSME			
Japan-Enzephalitis			
Polio			
Cholera			
Grippe			
Masern			
Pertussis			
Typhus			
Gelbfieber			
Meningokokken-Erkrankungen			
Erkrankungen			

Ich bitte um eine/einen

- reisemedizinische Gesundheitsberatung Malariaberatung
- Internationalen Impfausweis
- Übertragung von Vorimpfungen in neue Ausweis folgende Impfungen: _____

Ich bitte zusätzlich um

- kassenärztliche privatärztliche Behandlung wegen: _____

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller
-----	-------	----------------------------