

- Reisemedizinisches Zentrum -
 - Dres. med. Jochen Hammer & Michael Föh -

Frankfurter Str.55, 65779 Kelkheim
 * Tel 06195-3585 * Fax 06195-671141 *

Reisemedizinische Gesundheitsberatung		
Sportuntersuchungen	Vorsorge-Untersuchungen	Impfungen

Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen

Info und Auftrag

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

haben Sie Dank für Ihre Anfrage/Anmeldung. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden zumeist nicht von Ihrer Krankenkasse 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 Ziffern. Wir erlauben uns daher in Anlehnung an die „Liste zur Bewertung und Abrechnung Reisemedizinischer Leistungen“ für unsere Bemühungen in Rechnung zu stellen:

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Gesamtleistung

Reisemedizinischer Beratungskomplex, d. h.

- 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 € 61,20 €

Einzelleistungen

- Begleitperson € 16,23 €
- Ergänzung für jedes weitere angrenzende Reiseland € 16,23 €
- Internationaler Impfausweis (blanko, entfällt bei Gelbfieberimpfung) € 2,00 €
- Übertragung der zur Dokumentation des gültigen Impfschutzes erforderlichen Daten € 10,00 €
- Malariaberatung für ein Reiseland (max. 15 min) € 30,60 €

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

Die hierfür anfallenden Kosten (ohne Impfstoff) belaufen sich auf die Ziffern:

- 1 → 8,39 €
- 5 → 8,39 €. oder 8 → 27,28 €
- 375 → 8,39 €
- K1 → 6,99 € (bei Kindern unter 4 Jahren)

Reiseimpfungen:

je nach Impfstoff (auf
Anfrage)

- die meisten Impfungen werden von den Krankenkassen mittlerweile zurückerstattet !!, nachfragen
bei Ihrer Kasse lohnt sich -

Kelkheim, den _____

Ihr Praxisteam

- Reisemedizinisches Zentrum -
- Dres. med. Jochen Hammer & Michael Föh -

* Tel 06195-3585 * Fax 06195-671141 * email foeh-kelkheim@t-online.de *

Anmeldung für _____ /
Name _____ Vorname _____ Alter _____ Gewicht / Größe _____

Reiseziel _____ Zeit _____ 200 _____
Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. Extrablatt) vom bis

Reisekriterien: Hotel Sonnenbaden Safari Trekking Rundreise Gerätetauchen enger Kontakt m. d. Bevölkerung einfache Unterkunft privat dienstlich, sonstiges:

Frühere Erkrankungen:
 ich bin gesund
 Beschwerden:
 Allergien z. B. Hühnereiweiß Malariamedikamente
 Impfstoffe
 sonstiges _____

Aktuelle/chronische Erkrankungen: nein ja _____

Sonstiges:

Diabetes Psoriasis Porphyrie Myasthenie Nervenkrankh. Epilepsie psychische Störungen Sonnenbrand/-allergie Lichtreaktionen Nierenschaden Leberschaden, ggf. Angaben über Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen Schwangerschaft Stillen Schwangerschaftswunsch Antikonzeptiva Krampfadern/Thrombosen (auch i. d. Familie) Brillengläser aus Kunststoff

Einnahme von Medikamenten: keine

ich nehme

Impfungen:

ein Impfausweis liegt mir nicht vor

vorhandener Impfschutz laut Impfausweis(en): (pro Kästchen 1 Impftermin)

D-T-aP-IPV				
Pneumokokken				
Grippe				
MMR+V				
Hepatitis A				
Hepatitis B				
Tollwut				
Typhus				
Gelbfieber				
Men A,C,W,Y				
Men B				
FSME				
Jap Encephalitis				
HPV				
Dengue(Qdenga)				
Cholera				

Ich bitte um eine reisemedizinische Gesundheitsberatung Malariaberatung, Impfungen,

und zwar: _____ einen internationalen Impfausweis

Übertragung von Vorimpfungen in meinen neuen Ausweis. Ich bitte zusätzlich um

kassenärztliche privatärztliche Behandlung wegen _____

_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift