

Anmeldung, Fragebogen und Kostenübernahmeerklärung

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Liebe Patientin, lieber Patient,

gerne bieten wir Ihnen vor Ihrer Fernreise eine reisemedizinische Beratung an und sprechen mit Ihnen über sinnvolle Impfungen, Malaria-Schutz und über Medikamente (Reiseapotheke). Wir können Ihnen (mit Ausnahme der Gelbfieberimpfung) alle gängigen Reiseimpfungen anbieten – sollten wir Ihnen eine Gelbfieberimpfung empfehlen, dann werden wir Sie gerne an eine zugelassene Gelbfieber-Impfstelle vermitteln.

Der Umfang der reisemedizinischen Beratung und der Impfungen ist abhängig von den Reiseländern, der Art des Reisens, der Dauer der Reise und der eigenen Gesundheit bzw. den eigenen Vorerkrankungen. Deswegen bitten wir Sie, im Vorfeld diesen Fragebogen auszufüllen.

Denken Sie bitte auch an eine rechtzeitige Terminvereinbarung – bei einzelnen Impfungen sollte die erste Impfstoffgabe bereits mehrere Monate vor der Reise erfolgen (beispielsweise bei der Denguefieber-Impfung).

Reiseimpfungen und Reisemedizinische Beratungen sind nicht im Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenkassen enthalten und müssen von Ihnen privat bezahlt werden – dabei richten wir uns nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Diese Kosten werden Ihnen mittlerweile von vielen Krankenkassen, zumindest teilweise, zurückerstattet. Bitte informieren Sie sich selbstständig bei Ihrer Krankenkasse. Eine gute Übersicht zu Leistungen einzelner Krankenkassen finden Sie unter <https://gutberatenreisen.de/kostenerstattung>

Bringen Sie uns bitte Ihren Impfausweis mit – und falls Sie mehrere Impfausweise haben, bringen Sie bitte alle mit. Vielen Dank!

Name: _____ Vorname: _____

Wohnadresse: _____ Geburtsdatum: _____

Wo geboren, wo
aufgewachsen? _____ Nationalität(en): _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Reisedaten (auch an Kurztrips und Zwischenübernachtungen denken)

Reiseziel	von ... bis ...	Art der Reise *
		☐ A ☐ B ☐ C
		☐ A ☐ B ☐ C
		☐ A ☐ B ☐ C
		☐ A ☐ B ☐ C
		☐ A ☐ B ☐ C

* Art der Reise:

- A** Aufenthalt im Landesinneren **unter einfachen Bedingungen** (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)
- B** Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. **organisierte Rundreise** durch das Landesinnere (**Pauschalreise**, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)
- C** Aufenthalt **ausschließlich in Großstädten** und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Sind Ihnen die **Bedingungen am Reiseort bekannt?** (z.B. Gesundheitsversorgung, Notrufnummern, Wasser- und Nahrungsmittelversorgung, ...) ☐ Ja ☐ Nein

Wie ist Ihre **Reiseerfahrung** für solche Ziele / solche Reisen? ☐ keine ☐ wenig ☐ viel

Eigene Anmerkungen: _____

Name: _____ Vorname: _____

Medizinische Anamnese

Sind bei Ihnen **Allergien oder Unverträglichkeiten** bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wogegen? _____

Vertragen Sie den **Verzehr von Hühnereiern** oder Eierprodukten? ☐ Ja ☐ Nein

Sind bei Ihnen **nach einer früheren Impfung** allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten oder sonstige schwere Reaktionen aufgetreten? ☐ Ja ☐ Nein

Wurden in den **letzten 4 Wochen Impfungen** bei Ihnen durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie in den **letzten 3 Monaten** Therapien erhalten, die stark auf das **Immunsystem** einwirken können (z.B. Kortison, Immunsuppressiva, Bestrahlungen, Chemotherapien, oder ähnliches)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was? _____

Erhielten Sie in den letzten 3 Monaten Blut (-bestandteile) oder Immunglobuline? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was? _____

Wurde Sie in den **letzten 4 Wochen medizinisch behandelt** (inkl. Operationen)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was? _____

Bei Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft** oder ist eine geplant? ☐ Ja ☐ Nein

Bei Frauen: **Stillen Sie** derzeit ein Kind? ☐ Ja ☐ Nein

Fühlen Sie sich gegenwärtig gesund? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchen?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Herz-/Kreislaufkrankungen | ☐ Lungenerkrankung | ☐ Nierenerkrankungen |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Lebererkrankungen | ☐ Immunschwäche |
| ☐ psychische Erkrankungen | ☐ Nervenkrankheiten | ☐ Anfallsleiden (Epilepsie) |

☐ Ängste (z.B. Platz-Enge-Angst) oder Angsterkrankungen: _____

☐ bösartige Erkrankung (Krebs): _____

☐ Sonstige: _____

Name: _____ Vorname: _____

Nehmen Sie **Medikamente** ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Malariaprophylaxe – Bereits durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie war die **Verträglichkeit**? ☐ Gut ☐ Schlecht

Hinweise im Vorfeld vor Ihrem individuellen reisemedizinischen Beratungstermin:

Bitte beachten Sie, dass die ärztliche Reiseberatung sowie Reiseimpfungen keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Sie werden deshalb eine Privatrechnung erhalten. Über die anfallenden Kosten werden Sie separat informiert. Die Preise werden nach der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Sollten Sie Fragen diesbezüglich haben, zögern Sie bitte nicht uns zu kontaktieren.

Bitte lassen Sie uns diesen Fragebogen einige Tage vor Ihrem ersten Beratungstermin zukommen – per E-Mail (reisemedizin@praxis-froburg.de), über den Postweg oder kommen Sie einfach persönlich vorbei.

Bitte bringen Sie zum Beratungstermin alle Impfausweise mit, selbst wenn diese alt sind. Noch besser können wir uns vorbereiten und Sie individuell beraten, wenn wir die Impfausweise oder deren Kopien schon im Vorfeld vorliegen haben.

Denken Sie daran frühzeitig vor Reiseantritt einen Beratungstermin zu vereinbaren. Einige Impfungen sollten bereits Monate vor der Reise erfolgen.

Wir empfehlen Ihnen dringend vor Auslandsreisen eine Reisekrankenversicherung mit Krankenrücktransport abzuschließen.

Bei jedem Fieber nach einer Reise in Malariagebiete sollte unverzüglich eine Malariainfektion ausgeschlossen werden !!! Hierfür geeignete Infektiologische Abteilungen finden sich am Klinikum Chemnitz, am Universitätsklinikum Leipzig sowie am Klinikum St. Georg in Leipzig.

Bestätigung und Einverständniserklärung:

Die oben angeführten Hinweise habe ich gelesen und verstanden.

Ich versichere die Angaben zu meiner Gesundheit und meiner Reiseplanung, sowie zu meiner Person nach bestem Wissen getätigt zu haben. Mir ist bewusst, dass diese Angaben Grundlage für Indikationsstellungen von medizinischen Maßnahmen sind, sowie, dass fehlerhafte Angaben die Qualität der reisemedizinischen Versorgung und Beratung beeinträchtigen können.

Des Weiteren bin ich mit einer privatärztlichen Rechnungsstellung einverstanden. Mir ist bewusst, dass anfallende Kosten exklusive der Kosten für Impfstoffe sind. Die Impfstoffe werden mir mittels Privatrezept verordnet und von mir in der Apotheke separat beglichen.

Ich stimme ausdrücklich einer Impfung bei reisemedizinischer Indikation zu. Sollte ich Fragen haben, so kann ich sie bei meinem Impftermin, oder bereits im Vorfeld schriftlich stellen.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten
oder Sorgeberechtigten