

Behandlungsvertrag und Informationsschreiben für Reisemedizinische Beratung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir wünschen Ihnen eine erholsame Urlaubsreise ohne Reue. Es ist uns deshalb ein Anliegen, Hinweise zu geben, wie das Risiko, krank zu werden, so niedrig wie möglich gehalten werden kann.

Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich geplanter Urlaubsreisen außerhalb Deutschlands sind nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten. Einige Krankenkassen erstatten Ihren Versicherten diese Leistungen im Rahmen des Wahlleistungsangebotes. Erkundigen Sie sich bitte vor der Beratung bei Ihrer Krankenkasse.

Für anfallende Kosten erstellen wir Ihnen eine Privatliquidation auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), sofern keine anderen Regelungen zum Tragen kommen.

Wenn Sie sich für eine Beratung/Behandlung entschieden haben, vereinbaren Sie bitte einen Termin in unserer Sprechstunde. Bitte geben Sie dieses - von Ihnen unterschriebene - Schreiben, den Fragebogen und Ihren Impfausweis, vorab an der Anmeldung ab.

Ich erkläre mich mit einer Reisemedizinischen Beratung/Behandlung für folgendende(s)

Reiseland / Stadt _____ einverstanden.

Ich, _____

(Vorname, Name des Patienten, Geburtsdatum)

wohnhaft in _____

(Anschrift des Patienten)

verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 12 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen und wenn möglich eine Rückerstattung bei meiner Krankenkasse selbst zu beantragen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Praxis Dr. med. Axel Trümner

Arzt für Allgemeinmedizin

Dransfelder Str. 7F • 37079 Göttingen • Tel.: 0551-96035 • Fax: 0551-93413

Fragebogen zur Reisemedizinischen Beratung

Bitte füllen Sie den Fragebogen vorab aus und geben Sie ihn an der Anmeldung ab.

Bis zum 18. Geburtstag sollten die Fragen gemeinsam mit den Eltern beantwortet werden.

UND GANZ WICHTIG: BITTE IMPFAUSWEIS MITBRINGEN!

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Welche Länder / Städte bereisen Sie? _____

Abreisedatum: _____ Dauer: _____ Wochen / Monate

Reisen Sie organisiert? individuell?

Unterkünfte? Ich übernachtete nur in Hotels Ja Nein

Ich übernachtete individuell (Zelt, Lodge etc.) Ja Nein

Besondere Aktivitäten? (z.B. Tauchen, Höhe > 3500 m?) Ja Nein

Ist eine chronische Erkrankung bekannt? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? (ggf. Medikamente/Plan mitbringen) Ja Nein

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie? Ja Nein

Sind in den letzten vier Wochen Impfungen durchgeführt worden? Ja Nein

Sind bei Impfungen schon einmal Komplikationen aufgetreten? Ja Nein

Besteht eine Allergie (insbesondere gegen Hühnereiweiß)? Ja Nein

Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Datum

Unterschrift (bei unter 18jährigen auch Vater oder Mutter)