

## Reisemedizinische Impfberatung Dr. Nina Heßling

Liebe/r Reisewillige/r,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, vorab den folgenden Fragebogen auszufüllen und per Fax oder eMail an die Praxis zu senden.

Sollten Sie noch keinen Beratungstermin vereinbart haben, können Sie hier →  Ihr Kreuz machen – wir rufen Sie dann zwecks Terminvergabe zurück.

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

### Reisedaten

#### Reise-Länder mit Ein- und Ausreise und Reisebedingung (siehe Auflistung)

- 1) \_\_\_\_\_ 1  2  3   
2) \_\_\_\_\_ 1  2  3   
3) \_\_\_\_\_ 1  2  3   
4) \_\_\_\_\_ 1  2  3

1 - Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)

2 - 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)

3 - Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

### Art der Reise

- Badeurlaub  Rundreise  Geschäftsreise  Sporturlaub, Sportart \_\_\_\_\_  
 Trekkingtour, Höhe bis \_\_\_\_\_ m  Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

### Anamnese

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche?<br>_____                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten/Anfallsleiden?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden/Litten Sie an einer chronischen Krankheit oder bösartigen Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?    
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt?    
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?
11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.

**Bitte bringen Sie unbedingt Ihren Impfausweis mit!**

**Wichtiger Hinweis:**

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen! Je nach Kasse gibt es unterschiedliche Erstattungsmöglichkeiten – wir informieren Sie gerne nach aktuellem Kenntnisstand, ob und in welchem Umfang Ihre Kasse Kosten erstattet.

Generell rechne ich Beratung und Impfleistung nach 2,3-fachem Satz der GOÄ ab. Impfstoffe werden entweder als privater Sprechstundenbedarf über die Praxis oder über die jeweilige Lieferapotheke abgerechnet.

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**