**Behandlungsvertrag **

Sehr geehrter Patient,

reisemedizinische Beratung und Impfung anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen. Ausnahmen gelten für Impfungen gegen Tetanus, Diphterie, Polio, Masern, Grippe, Pneumokokken sowie bei Kindern gegen Hepatitis B bzw. FSME, wenn Sie innerhalb Deutschlands bleiben. Des Weiteren gelten Sondervereinbarungen für einzelne Krankenkassen, die Sie bitte bei Ihrer Krankenkasse erfragen. Dies gilt nach Mitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. grundsätzlich auch für Privatversicherte.

Daher bitten wir Sie um Verständnis, wenn Sie anfallende Kosten selbst zu tragen haben. Die Kosten richten sich nach Anzahl der Destinationen sowie nach Aufwand der Beratungstätigkeit.

Die erlauben uns daher in Anlehnung an die GOÄ ihnen folgende Kosten in Rechnung zu stellen.

1a) Reisemedizinischer Beratungskomplex: 20 Euro
 Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten
 Auswertung Ihrer Impfunterlagen
 Erstellung einer individuellen Prophylaxe/Impfplan
 Besprechung der Prophylaxe
Der reisemedizinische Beratungskomplex beinhaltet keine sportmedizinische Untersuchung und Beratung.

1b) Ergänzung für jedes weitere Reiseland 10 Euro

2a) Malariaberatung einzeln 15 Euro
2b) Impfberatung einzeln 10 Euro

3a) Schutzimpfung je Impfung 10 Euro
3b) jede weitere Injektion am gleichen Tag 7 Euro
 (Ausnahme: Impfungen, die zu den Regelleistungen der Krankenkasse zählen, werden über ihre Krankenkasse abgerechnet)

4) Bescheinigung über die Notwendigkeit mitzuführender 10 Euro
Medikamente

Die notwendigen Impfstoffe sowie die Malariamedikamente werden ihnen auf Privatrezept verordnet. Die Abrechnung findet direkt mit der von Ihnen gewählten Apotheke statt.

Ich bin über die anfallenden Kosten informiert und darüber aufgeklärt, dass keine Abrechnung dieser Kosten über die gesetzliche Krankenversicherung möglich ist.
Ich erkläre mich bereit, diese Kosten selbst zu tragen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Datum Unterschrift

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Reise-Impfberatung

NAME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ORT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRASSE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BERUF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REISEDATEN:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reiseländer | Ankunft | Reisebedingung |
| Tag | Monat | Jahr | 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Rückkehr |  |  |  |

Reisebedingungen:

1. Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen ( Rucksack, Trekking, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren ( Motels, 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).

1. Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren ( Unterkunft in

Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards).

□ Badeurlaub □ Sporturlaub / Sportart: ………………………………………..

□ Rundreise □ Trekking-Tour / Höhe: ………………………………………….

□ Geschäftsreise □ Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Anamnese:

 Ja Nein

1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? □ □

2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit? □ □

3. Besteht eine andere Allergie ? □ □

 Wenn ja, welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente □ □

 Bekannt?

5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände □ □

 bekannt ?

6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten □ □

 oder ein Anfallsleiden?

7. Leiden/Litten Sie an einer chronischen Krankheit und/oder □ □

 Bösartigen Erkrankung? Wenn ja welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum Unterschrift