



## Vorhandener Impfschutz

laut Impfausweis(en), bitte jeweils die **Jahre** der Impfungen eintragen.

Nach Schema: Datum 1. Impfung/2.Impfung/3.Impfung. (z.B: 1995/1996/2016)

Impfausweis liegt mir nicht vor

Tetanus/Diphtherie    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Polio                    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Masern                \_\_\_\_/\_\_\_\_

Hepatitis A            \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hepatitis B            \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FSME                 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tollwut                \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pneumokokken        \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Jap. Encephalitis     \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Meningokokken        \_\_\_\_

Gelbfieber            \_\_\_\_

Cholera                \_\_\_\_/\_\_\_\_

Typhus zuletzt        \_\_\_\_

Köln, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Reisemedizinische Beratung Information und Auftrag

Leistung	Ziff. GOÄ	Betrag €
Reisemedizinische Beratung beinhaltet	3	20,46
°Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten (für eine Reise und ein Land)		
°Auswertung der Impfunterlagen und Gesundheitsdaten		
°Erstellung einer individuellen Prophylaxeempfehlung		
°Besprechung eines Prophylaxeplans		
°Kurze schriftliche Information für die geplante Reise		
Beratung Begleitperson	1	11,01
Ergänzung für jedes weitere angrenzendes Reiseland	1	11,01
Nur Malariaberatung für ein Reiseland	1	11,01
Nur Malariaberatung für ein Reiseland (Begleitperson)		0,00
Schutzimpfung	375	11,01
Parallel-Schutzimpfung	377	6,87
Reisefähigkeitsuntersuchung		
Untersuchung Organsystem	7	22,03
Ruhe EKG	651	15,15
Blutentnahmen aus der Vene	250	5,51
„Kleiner“ Check Labor		37,86

Bezahlung per EC-Karte (mit PIN oder kontaktlos), ApplePay, GooglePay, SamsungPay, Paypal und Bar möglich.  
 Bei Barzahlung ist ein Rabatt von 2,7% möglich.

## Einverständniserklärung des Patienten

Nach Aufklärung über die medizinische Bedeutung der Leistungen wünsche ich die Durchführung der gekennzeichneten Individuellen Gesundheitsleistungen. Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten ärztlichen Leistungen in dieser Zusammenstellung nicht zum Leistungsumfang meiner gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten meines Auftrages selbst tragen. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) weitergeleitet werden und die Rechnungsanforderungen der beteiligten Ärzte an diese PVS zum Einzug abgetreten werden.

Gewählte Leistung/-en für das Reiseland: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reisemedizinische Beratung  | <input type="checkbox"/> ohne              |
|  | <input type="checkbox"/> mit Begleitperson |
| <input type="checkbox"/> Weiteres Reiseland          |  |
| <input type="checkbox"/> Nur Malariaberatung         |  |
| <input type="checkbox"/> Reisefähigkeitsuntersuchung |  |
| <input type="checkbox"/> Anderes _____               |  |

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Wichtig: Als medizinisch sinnvolle, aber nicht notwendige Leistung ist diese Untersuchung gemäß § 12 SGB V nicht von der Gesetzlichen Krankenkasse erstattungsfähig und wird daher als Selbstzahlerleistung nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) berechnet