

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.

