

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

haben Sie Dank für Ihre Anfrage/Anmeldung. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen, es sei denn, es besteht eine behandlungsdürftige Erkrankung. Ausnahmen gelten für die normalen Routine-Impfungen (Diphtherie, Tetanus, Polio, u.a.).

Dies gilt nach Mitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V. grundsätzlich auch für Privatversicherte.

Daher bitte ich Sie um Verständnis, wenn Sie anfallende Kosten selber zu tragen haben.

Die amtliche Gebührenordnung enthält außer für Impfungen keine angemessenen Ziffern. Ich erlaube mir daher in Anlehnung an die "Liste zur Abrechnung Reisemedizinischer Leistungen" für meine Bemühungen in Rechnung zu stellen:

**Gesamtleistung Reisemedizinischer Beratungskomplex, d.h.**

- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten (für eine Reise in ein Land)
- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen
- Erstellung einer individuellen Prophylaxeempfehlung
- Besprechung eines Prophylaxeplans
- Kurze schriftliche Information für die geplante Reise € 35,00

**Einzelleistungen**

Begleitperson	€ 10,00
Ergänzung für jedes weitere Reiseland	€ 10,00
Internationaler Impfausweis	€ 5,00
Dokumentation des gültigen Impfschutzes erforderlichen Daten im Ausweis	
- bis zu 4 Impfungen	€ 2,00
- bis zu 8 Impfungen	€ 4,00
Malariaberatung für ein Reiseland (max. 15 Minuten)	€ 15,00
Malariaberatung für ein Reiseland – Begleitperson	€ 10,00

## Reisemedizinische Gesundheitsberatung

## Reiseimpfungen

Anmeldung für \_\_\_\_\_  
Name Vorname Alter Gewicht / Größe

Anmeldung für \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_  
Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitplan; evt. Extrablatt) von bis 200

**Reisekriterien:**  Hotel  Sonnenbaden  Safari  Trekking  Rundreise  
 Tauchen  enger Kontakt m.d. Bevölkerung  einfache Unterkunft  
 privat  dienstlich sonstiges:

**Frühere Erkrankungen:**  Masern  Hepatitis A  Hepatitis B  Ich bin gesund

Ich habe Beschwerden: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten:  ja  nein

Hühnereiweiß  Malariamedikamente  Impfstoffe  sonstiges

Aktuelle chronische Erkrankungen  nein  ja: \_\_\_\_\_

Diabetes  Hauterkrankung  Epilepsie  Sonnenallergie  Leber-/Nierenerkrankung

Einnahmen von Medikamenten  nein  ja: \_\_\_\_\_

Ich bitte um  eine reisemedizinische Gesundheitsberatung  Malariaberatung

Impfungen, und zwar \_\_\_\_\_  einen internationalen Impfausweis

Übertragung von Vorimpfungen in meinen neuen Ausweis.

**Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis und evt. Krankenunterlagen zur Beratung mit !!!**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift