

Dr. med. Katrin Fink

Dr. med. Claudia Christaller



Allgemeinarztpraxis

Notfallmedizin | Akupunktur | Palliativmedizin | Homöopathie
Tätigkeitsschwerpunkt Reisemedizin

Reisemedizin

Sie planen eine Reise in ein außereuropäisches Land.

Wir bieten Ihnen eine individuelle, umfassende Beratung zu ihrem Reiseziel, ihrem Reisestil auch im Kontext ihrer persönlichen gesundheitlichen Situation.

Für eine gute Beratung benötigen wir zuerst einige Informationen :

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Reiseziel: _____ Dauer der Reise: _____

Abreise: _____

Reisestil(Rucksack, Hotel): _____

Nein Ja

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Leiden Sie an einer Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Kennen Sie Krampfanfälle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. oder psychische Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Besteht eine Hühnereiweiß-Allergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Unverträglichkeiten bei Impfungen/Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7. Wurden schon mal Malaria-Medikamente genommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Bringen Sie bitte ihren Impfpass mit zur Beratung.

Alle Antworten zu den Fragen können Sie bereits einige Tage vor ihrer Beratung als E-Mail schicken an

info@praxis-obere-waessere.de

oder in unserer Praxis abgeben.

Wichtig:

Eine Reise und Impfberatung ist keine Leistung ihrer Krankenkasse.

Kosten, die auf sie zukommen:

Leistung	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag
Reiseberatung über 20min	3	3,5	30,60€
Jede Impfung	375	2,3	10,76€
Zuzügl. 19% MwSt			

Es ist mir bekannt, dass diese Leistung(en) nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört/en und deshalb die Kosten von meiner Krankenversicherung auch nicht übernommen oder erstattet werden können.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zu Liquidation dieser Leistungen über die PVS. Die dazu erforderlichen Daten dürfen an diese weiter geleitet werden.

Wir freuen uns Sie bei den Reisevorbereitungen begleiten zu dürfen.

Ihr Praxisteam

Dr. C. Christaller und Dr. K. Fink

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Arzt: _____ Stempel: