

Vorname: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Handy: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

# Hausarztzentrum Ruit

**Dr. Hauser**  
**Dr. Romberg**  
**Dr. Augsten**

## Reisemedizinische Anamnese-Erhebung

Sie planen eine Reise und benötigen dafür eine reisemedizinische Beratung, insbesondere über Impfungen und Malariaprophylaxe? Je nach Region, Reisedauer und Reisezeit können die Impfpfehlungen und die Malariaprophylaxe variieren. Um im Vorfeld wichtige Reiseinformationen zu erhalten, bitten wir Sie den nachstehenden Fragenbogen auszufüllen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind natürlich freiwillig.

### → Zur Person:

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  weiblich /  männlich

→ **Abreise aus Deutschland** (Datum): \_\_\_\_\_ **Wiederankunft in D.** Datum): \_\_\_\_\_

→ **Reiseziele/Reiseländer** (möglichst genaue Reiseroute, ggf. Ergänzungen auf Extrablatt): \_\_\_\_\_

Reiseziel (z.B. Stadt, Provinz, Region, Land)	Reisetyp (1/2/3), s.u.	Datum Anreise	Datum Abreise	Dauer des Aufenthalts

<input type="checkbox"/> Reisetyp 1	<input type="checkbox"/> Reisetyp 2	<input type="checkbox"/> Reisetyp 3
Aufenthalt in ländlichen Gebieten, Individual- oder Rucksackreise in das Landesinnere, Radtour, vorhersehbarer Kontakt zur örtlichen Bevölkerung; Tätigkeit in Entwicklungshilfe, Erziehungs- und Gesundheitswesen, Land- oder Forstwirtschaft	Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants mittleren bis gehobenen Standard)	Aufenthalt überwiegend in touristischen Zentren, Großstädten, Flughäfen, höherklassigen Hotels und klimatisierten Räumen

### → Reiseart/Aktivitäten:

<input type="checkbox"/> Hotel	<input type="checkbox"/> Trekking	<input type="checkbox"/> Camping	<input type="checkbox"/> Safari	<input type="checkbox"/> Sonnenbad
<input type="checkbox"/> Kreuzfahrt	<input type="checkbox"/> Tauchen	<input type="checkbox"/> Hochgebirge	<input type="checkbox"/> Höhlenbesuch	<input type="checkbox"/> beruflich
<input type="checkbox"/> Enger Kontakt zur Bevölkerung		<input type="checkbox"/> sonstiges: _____		

### → Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- keine Dauermedikation       Medikamentenplan anbei  
 Kortison       Antibiotika       folgende: \_\_\_\_\_

### → Fühlen Sie sich gesund?

- Ja       Nein (z.B. fieberhafte Erkrankung)

→ **Erkrankungen/Besonderheiten:**

Keine                       Ja, folgende (bitte unten ankreuzen)                      **Schwangerschaft**  Ja /  Nein

<input type="checkbox"/> Krampfleiden	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Myasthenie	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nierenleiden	<input type="checkbox"/> Entfernung der Milz
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Porphyrie	<input type="checkbox"/> Stillen	<input type="checkbox"/> Kontrazeption	<input type="checkbox"/> Leberschäden
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Antikoagulation	<input type="checkbox"/> psychische Erkrankung
<input type="checkbox"/> Immunschwäche /-supression		<input type="checkbox"/> frühere Impfprobleme /-komplikationen		
<input type="checkbox"/> Hühnereiweissallergie		<input type="checkbox"/> (Medikamenten)-Allergien, gg.:		
<input type="checkbox"/> Sonnenempfindlichkeit		<input type="checkbox"/> sonstiges:		
<input type="checkbox"/> andere -bisher nicht angegebene- wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen? → folgende:				

→ **Ist der Impfstatus bekannt / Impfausweis vorhanden?**

Ja (→Bitte Impfbescheinigungen/**Impfpass mitbringen!!!**)                       Nein

**Information zu den ärztlichen reisemedizinischen Leistungen  
– Behandlungsvertrag –**

Reisemedizinische Beratungen und deren Impfungen sind nicht Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenkassen und werden als „Individuelle Gesundheitsleistung/IGeL“ berechnet. Die ärztliche Beratung wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dafür erfolgt eine Rechnungsstellung. Einige Krankenkassen (auch gesetzl.) ersetzen einen Teil der entstandenen Kosten (bitte fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach und reichen Sie Ihre Rechnung ein).

In der nachfolgenden Übersicht sind die wichtigsten und häufigsten Ziffern der GOÄ aufgeführt, die bei reisemedizinischen Leitungen zu Grunde gelegt werden können.

<b>GOÄ Ziffer</b>	<b>Faktor</b>	<b>Kurzbeschreibung</b>	<b>Euro</b>
3	3,43	Reisemedizinische <b>Beratung</b>	<b>30 €</b>
5	1,07	Symptombezogene <b>Untersuchung</b> , Folgeuntersuchung	<b>5 €</b>
7	2,14	Vollständige Unters., <b>Eingangsuntersuchung</b>	<b>20 €</b>
76A	1,07	Mitgabe von Informationen zur Reise, individuell f. Reisenden	<b>Incl.</b> (statt 10€)
375 / 377	1,07 / 1,72	<b>Schutzimpfung / Parallelimpfung</b> , incl. Impfpasseintrag	<b>5 €</b>

**Impfstoffe werden privat verordnet und sind in der Apotheke zu bezahlen.**

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Untersuchungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur Kostenübernahme bereit.

Ich bin einverstanden, dass ich (z.B. telefonisch od. per Email) an fällige Impftermine erinnert werde.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner medizinischen Angaben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_