

## Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen Info und Auftrag

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

haben Sie Dank für Ihre Anfrage. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden leider nicht direkt von Ihrer Krankenkasse übernommen. Inzwischen ersetzen Ihnen die meisten Krankenkassen aber die entstehenden Kosten für die Beratung und die Impfstoffe.

Die amtliche Gebührenordnung enthält außer für Impfungen keine angemessenen Ziffern. Wir erlauben uns daher in Anlehnung an die „Liste zur Bewertung und Abrechnung Reisemedizinischer Leistungen“ für unsere Bemühungen folgende Leistungen in Rechnung zu stellen:

### Gesamtleistung Reisemedizinischer Beratungskomplex

- |  |         |
|--|---------|
| - Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten (für eine Reise und ein Land) incl. Erstellung eines Prophylaxeplans | € 40,00 |
| - Gelbfieber-Beratung  | € 20,00 |
| - Beratung Begleitperson   | € 20,00 |
| - Ergänzung für jedes weitere angrenzende Reiseland  | € 15,00 |
| - Internationaler Impfausweis  | € 5,00  |
| - Impfung, incl. Dokumentation in Impfausweis  | € 10,72 |

Die Impfstoffe halten wir größtenteils in unserem Depot vor oder werden in Ausnahmefällen zusätzlich rezeptiert. Der Impfstoffpreis entspricht dem jeweiligen zum Zeitpunkt der Impfung gültigen Einkaufspreis über die Apotheke.

**Bitte denken Sie unbedingt daran Ihren Impfpass mitzubringen!**

## Reisemedizinische Beratung Anmeldung

.....  
Name und Vorname

Geburtsdatum

.....  
Straße Wohnort**Reiseland, Ort** (bei **Rundreisen** bitte Route mit Zeitangaben, evtl. Extrablatt):

..... von..... bis.....

**Reisekriterien:**  Hotel  Sonnenbaden  Safari  Trekking  Rundreise  Gerätetauchen  
 enger Kontakt m. d. Bevölkerung  einfache Unterkunft  privat  dienstlich, sonstiges:.....  
 ich bin gesund, ich habe keine Beschwerden  Beschwerden .....**Vorerkrankungen:**  Masern  Hepatitis A  Hepatitis B; Allergien  nein  ja, und zwar  
 Hühnereiweißallergie  andere .....**Unverträglichkeiten:**  Malariamedikamente  Impfungen ..... sonstiges .....**Aktuelle/chronische Erkrankungen:**  nein  ja ..... Diabetes  Psoriasis  Porphyrie  Myasthenia gravis  Nervenkrankheit  Epilepsie  
psychische Störungen  Sonnenbrand  Sonnenallergie  Nierenschaden  LeberschadenGgf. Angaben über  Schwangerschaft  Stillen  Schwangerschaftswoche.  Antikonzeptiva**Einnahme von** Medikamenten:  keine  .....**Vorhandener Impfschutz laut Impfausweis(en):** bitte jeweils die letzten Impfdaten eintragen:  
 Ein Impfausweis liegt mir nicht vor.

Diphtherie ...../...../..... Tetanus ...../...../..... Polio ...../...../.....

Masern ...../...../..... Hepatitis A ...../...../..... Hepatitis B ...../...../.....

FSME ...../...../..... Tollwut ...../...../...../..... Meningokokken .....

Gelbfieber .....

Cholera ...../..... Typhus ..... Jap. Encephalitis ...../...../..... Pneumokokken .....

**Ich bitte:**

- um eine vollständige Reisemedizinische Beratung  
 lediglich um Malariaberatung  
 Impfungen, und zwar: .....  
 einen internationalen Impfausweis  
 Übertragung von Vorimpfungen in meinen neuen Ausweis.  
 Gelbfieberimpfung (bitte folgendes Blatt zusätzlich ausfüllen)

**GELBFIEBERIMPFUNG:**

Haben Sie innerhalb der letzten vier Wochen eine Impfung gegen Masern oder eine, heute  ja  
nicht mehr übliche, Schluckimpfung gegen Polio oder eine andere Lebendimpfung erhalten?  nein

Gelbfieber ist eine akut lebensbedrohliche Infektionskrankheit, die von bestimmten Mücken  
in einigen Tropengebieten übertragen wird. Erreger des Gelbfiebers ist das Gelbfiebervirus.  
Die gut wirksame und von Gesunden im Allgemeinen gut vertragene Gelbfieberimpfung  nein  
erfolgt mit einem sogenannten „Lebend-Virus-Impfstoff“, d. h. eine kleine Menge  
abgeschwächter, aber vermehrungsfähiger Gelbfieber-Impfstoffviren wird unter die Haut  
gespritzt.

In den ersten zwei bis sieben Tagen danach kommt es in Ihrem Körper zu einer Vermehrung  
der Impfstoffviren. Dadurch wird das gesunde Immun- und Abwehrsystem zur Bildung von  
Abwehrstoffen angeregt. **Zehn Tage nach der Impfung sind sie lebenslang gegen Gelbfieber  
geschützt.**

Damit entschieden werden kann, ob Sie heute wirksam und ohne besondere Gefährdung  
geimpft werden können, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu Ihrem  
Gesundheitszustand zu beantworten:

Bestehen bei Ihnen Allergien?

wenn ja, gegen  Hühnereiweiß  Bettfedern  Tierhaare  Fischeiweiß  ja  
 Pollen  andere  nein

Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten

wenn ja: .....

Akute Erkrankungen in den letzten drei Monaten (Fieber, Unwohlsein, schwere Unfälle,  ja  
Operationen etc.): .....  nein

Leiden Sie an schweren chronischen Erkrankungen, z. B. Leukämie, Krebs, Aids, Diabetes,  
chron. Hepatitis, chron. Nierenleiden, allergischem Asthma, entzündlichem  ja  
Gelenkrheumatismus, Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden, anderen.....  nein  
wenn ja: .....

Haben Sie in den letzten drei Monaten Medikamente genommen, Spritzen oder andere Behandlungen erhalten, die stark auf das Immunsystem wirken, z. B. Kortison, Immunsuppressiva. O ja  
O nein

wenn ja: .....

(Bei Frauen) Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie derzeit? O ja  
O nein

Frühere Gelbfieberimpfungen? ..... O ja  
O nein

Sind Sie im Besitz eines internationalen Impfausweises? ..... O ja  
O nein  
Wenn ja, legen Sie ihn bitte bei der Anmeldung vor.

Zum Ablauf der Impfung beachten Sie bitte folgendes: Nach der Impfung sollten Sie sich einige Minuten in der Praxis aufhalten. In den ersten zwei bis sieben Tagen nach der Gelbfieberimpfung können bei ca. 5-10% der Geimpften kurzfristig leichte Krankheitserscheinung wie bei einer beginnenden Erkältung auftreten (z. B. Abgeschlagenheit, leichte Temperaturerhöhung, Kopf- oder Gliederschmerzen). An der Einstichstelle kann es eine leichte Rötung geben. Bei anderen Krankheitserscheinungen, die ja auch unabhängig von der Impfung auftreten können, möglichst einen Arzt befragen. Nach der Gelbfieberimpfung eine Woche lang Sonnenbäder (Solarium) oder andere außergewöhnlich starke körperliche Anstrengungen (z. B. Operationen, Leistungssport, Sauna) meiden und keine großen Mengen Alkohol trinken! Bis vier Wochen nach der Impfung kein Blut spenden! Über notwendige Zeitabstände bei weiteren Impfungen lassen Sie sich bitte beraten.

....., den .....

Unterschrift

## Einverständniserklärung Abrechnung:

Ich erkläre mich einverstanden mit der:

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde) an die Helmsauer GmbH
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die Helmsauer GmbH
- sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch die Helmsauer GmbH einschließlich Weiterabgabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung an die Helmsauer GmbH durch meinen Arzt übermittelte Daten
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Helmsauer GmbH-Privatabrechnung die Leistungen meines Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Arzt einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meinen Arzt gegenüber der Helmsauer GmbH sowie gegenüber eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter