

Dr. med. Stefan Herzog

Facharzt für Innere Medizin
Reisemedizin
Gelbfieberimpfstelle
Rrüttelweg 5
63843 Niedernberg
Tel: 06028/406410
Fax: 06028/4064129

dr.herzog@hausaezte-niedernberg.de
www.hausaezte-niedernberg.de

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, d. h.

- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten (für eine Reise und ein Land)
- Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Impfunterlagen und

Gesundheitsdaten

- Erstellung einer individuellen Prophylaxeempfehlung
- Besprechung eines Prophylaxeplans € 35,00
- Gelbfieber-Beratung € 15,00
- Beratung Begleitperson € 10,00
- Ergänzung für jedes weitere angrenzende Reiseland € 10,00
- Internationaler Impfausweis € 2,00
- Impfung, incl. Dokumentation in Impfausweis € 10,72
- Malariaberatung für ein Reiseland (max. 15 min) € 15,00

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

für

Name Vorname

Geb.Dat.

Körpergewicht

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 Leberschaden
 Ggf. Angaben über Schwangerschaft Stillen Schwangerschaftsw. 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/...../..... Mening. Gelbfieber

Cholera/..... Typhus Jap. Encephalitis/...../..... Pneumkokken.

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:

<p>Haben Sie innerhalb der letzten vier Wochen eine Impfung gegen Masern oder eine, heute nicht mehr übliche, Schluckimpfung gegen Polio oder eine andere Lebendimpfung erhalten?</p> <p>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 erfolgt mit einem sogenannten „Lebend-Virus-Impfstoff“, d. h. eine kleine Menge abgeschwächter, aber vermehrungsfähiger Gelbfieber-Impfstoffviren wird unter die Haut gespritzt.</p> <p>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.</p> <p>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:</p>	<p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Bestehen bei Ihnen Allergien wenn ja, gegen <input type="checkbox"/> Hühnereiweiß <input type="checkbox"/> Bettfedern <input type="checkbox"/> Tierhaare <input type="checkbox"/> Fischeiweiß <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> andere</p> <p>Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten wenn ja:</p> <p>Akute Erkrankungen in den letzten drei Monaten (Fieber, Unwohlsein, schwere Unfälle, Operationen etc.): <input type="checkbox"/></p> <p>Leiden Sie an schweren chronischen Erkrankungen, z. B. Leukämie, Krebs, Aids, Diabetes, chron. Hepatitis, chron. Nierenleiden, allergischem Asthma, entzündlichem Gelenkrheumatismus, Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden, anderen..... wenn ja:</p>	<p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>

Haben Sie in den letzten drei Monaten Medikamente genommen, Spritzen oder andere Behandlungen erhalten, die stark auf das Immunsystem wirken, z. B. Kortison, Immunsuppressiva. wenn ja:	O nein
(Bei Frauen) Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie derzeit?	
Frühere Gelbfieberimpfungen?	O nein
Sind Sie im Besitz eines internationalen Impfausweises?	
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.	O nein O nein O nein

....., 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 Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde) an die mediserv GmbH
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv GmbH
- sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH einschließlich Weiterabgabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung an die mediserv GmbH durch meinen Arzt übermittelte Daten an die Landesbank Saar, Saarbrücken

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 Arztin einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meinen Arzt gegenüber der mediserv 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.

Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter