

Reisemedizinische Beratung

Herr/ Frau, _____
geb. _____ wohnhaft _____

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

für eine optimale Reiseberatung bitten wir Sie diesen Fragebogen vorab auszufüllen und mindestens zwei Tage vor dem Gespräch einzureichen.

Reisezeit:

Reiseziel (bei mehreren Reisezielen bitte einzeln angeben, bei Kontinenten bitte Region näher bezeichnen):

Reiseart (z.B. Hotel, Schiffsreise, Flussreise, Backpacking oder Trecking):

Vorerkrankungen:

Aktuelle Medikation (Auch Medikamente von anderen Ärzten oder selbst gekaufte Medikamente):

Honorarvereinbarung siehe Rückseite.

Reisemedizinische Impfberatung:

GOÄ-Nr.	Leistung	€
3 (3,5fach)	Beratung	30,60
375 (2,3fach)	Schutzimpfung (je Impfung; nicht am selben Tag wie Beratung)	10,72
377 (2,3fach)	Parallelimpfung	6,70

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die genannte Leistungen zur Ergänzung meiner Behandlung wünsche. Ich wurde eingehend darauf hingewiesen, dass die oben aufgeführten Leistungen nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind und von mir als Selbstzahlerleistung gemäß der Gebührenordnung für Ärzte zu honorieren sind.

Mettmann,den_____