

## Fragebogen für die Reisemedizinische Beratung

### 1. Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Beruf: \_\_\_\_\_

### 2. Reisedaten

Reiseziele: \_\_\_\_\_

Abreisedatum: \_\_\_\_\_    Reisedauer: \_\_\_\_\_

### 3. Reiseart

- |   |                                      |   |                                    |
|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Städtereise      | <input type="checkbox"/> Strand      | <input type="checkbox"/> ländliche Region | <input type="checkbox"/> Gebirge   |
| <input type="checkbox"/> auf eigene Faust | <input type="checkbox"/> organisiert | <input type="checkbox"/> beruflich        | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Geplante Aktivitäten

- |                                      |                                  |                                    |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bergsteigen | <input type="checkbox"/> Tauchen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

### 4. Krankheitsvorgeschichte

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Nehmen Sie Medikamente ein?                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie)?             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter akuten oder chronischen Erkrankungen?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie schon einmal eine Hirnhaut-/Nervenentzündung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie in den letzten 4 Wochen geimpft worden?         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## 5. Impfungen

Bitte bringen Sie zum Beratungstermin unbedingt Ihr Impfbuch (auch Impfdokumente aus der Kindheit) mit.

- Ich habe in den letzten 10 Jahren **keine** Impfung erhalten.
- Ich besitze **keine** schriftlichen Impfunterlagen (Impfbuch).

## 7. Kosten

Reisemedizinische Beratung und Impfung sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen können jedoch auf Antrag die Kosten für die Beratung und Impfung sowie den Impfstoff übernehmen (Aktueller Stand zum Thema Kostenübernahme: [www.crm.de](http://www.crm.de)).

Diese Kosten erwarten Sie (Preise nach der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte):

// Reisemedizinische Beratung, Erstellen eines Impfplanes und Empfehlung zur Malariaphylaxe	
bei Reise in ein Land	€ 20,10
bei Reisen in mehrere Länder oder Vorliegen chronischer Erkrankungen	€ 30,59
// Einzelimpfung	€ 10,72
// Parallelimpfung (weitere Impfungen zum gleichen Termin)	€ 6,69
// Beratung über Impfrisiken; körperliche Untersuchung vor jeder Impfung	€ 10,72
// Bescheinigung über Medikamentenmitnahme, Infektionsfreiheit o. ä.	€ 5,36

Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenkasse gehören und ich die Kosten für die von mir in Anspruch genommenen Leistungen auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte selber tragen muss.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten