

Dr. med.
Christian Schacherer

Facharzt für Allgemeinmedizin,
Naturheilverfahren, Sportmedizin,
Palliativmedizin, Gesundheits-
förderung und Prävention,
Reisemedizin

Dr. med.
Bettina Kuhr

Fachärztin für Allgemein-
medizin,
Diabetologie

Dagmar Holzäpfel

Fachärztin für Allgemein-
medizin

Nicolas Hagenbach

Facharzt für Innere Medizin,
Facharzt für Innere Medizin
und Pneumologie,
Notfallmedizin

97922 Lauda-Königshofen
Schillerstr. 5a
Telefon: 09343 - 62280
Telefax: 09343 - 622822

Behandlungsvertrag Reisemedizin

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte lassen Sie uns diesen Bogen (2 Seiten) möglichst 5 Tage vor ihrem Termin ausgefüllt und unterschrieben (digital) zukommen.

Eine reisemedizinische Beratung sowie die Impfungen für private Reisen sind generell keine Kassenleistung und können daher nicht über Ihre gesetzliche Krankenkasse abgerechnet werden. Das bedeutet, dass jeder Arzt reisemedizinische Gesundheitsberatungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privat in Rechnung stellen muss.

Die Kosten für die von der STIKO (Ständige Impfkommision) empfohlenen Reiseimpfungen werden mittlerweile in der Regel von den gesetzlichen, und je nach Vertragsumfang auch von den privaten Krankenversicherungen, anteilig oder komplett getragen. Bitte wenden Sie sich hierbei an Ihre Krankenkasse.

In Anlehnung an die GOÄ erlauben wir uns, Ihnen im Rahmen der individuellen Reiseberatung folgende Kosten je nach Umfang in Rechnung zu stellen:

Leistungsinhalt	Ziffer	Faktor	Gebühr
Reiseberatung einfach	GOÄ Ziffer 3A	3,5fach	30,60 €
Reiseberatung kompliziert	GOÄ Ziffer 34A	2,8fach	48,97 €
Beratung einer zweiten Person	GOÄ Ziffer 4A	1,0fach	12,82 €
Einzelimpfung + Klärung Impffähigkeit	GOÄ Ziffer 5+375	2,3fach	21,44 €
Parallel Impfung	GOÄ Ziffer 377	2,3fach	6,70 €
Bescheinigung Notwendigkeit mitzuführender Medikamente	GOÄ Ziffer 75	2,3fach	10,72 €

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten informiert worden zu sein und erkläre mich zur Kostenübernahme im Rahmen der GOÄ bereit.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Fragebogen zur reisemedizinischen Beratung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Reisebeginn und Dauer des Aufenthalts: _____

Reiseland/-länder	Regionen/Städte im Reiseland/ Reiseverlauf

Reiseart

- ☐ nur Aufenthalt in Städten
- ☐ nur Aufenthalt in touristischen Zentren
- ☐ Trekking-/ Backpacking
- ☐ Sonstiges: _____

Unterkünfte

- ☐ Hotels mit europäischem Standard
- ☐ einfache Hotels
- ☐ bei einheimischen Zuhause
- ☐ Camping/Outdoor
- ☐ Sonstige: _____

Anamnese

1. Besteht eine Allergie? Wenn ja, welche _____

2. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?

Ja/Nein/Welche: _____

3. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant? Ja/Nein _____