

# Praxis Koblenzer Strasse

## Reise- und Gesundheitsanamnesebogen

für: \_\_\_\_\_ geb. : \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Reiseland/-länder** (Land, Ort, bei Rundreisen möglichst genaue Route mit Zeitangaben, ggfs. Extrablatt):

---

---

### Reisebedingungen, bitte ankreuzen:

- Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)
- Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)
- Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristenzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

### Art der Reise

- Badeurlaub
- Sporturlaub (Sportart: \_\_\_\_\_)
- Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)
- Rundreise/Kreuzfahrt
- Trekkingtour (Höhe: \_\_\_\_\_)
- Geschäftsreise

### Vorerkrankungen

- Diabetes
- Epilepsie
- Krampfadern
- Nierenschäden
- Milzentfernung
- Krebsleiden
- Myasthenie
- keine
- Bluthochdruck
- Depressionen
- Thrombosen
- Leberschäden
- Multiple Sklerose
- Herzschrittmacher
- Porphyrie
- Lungenerkrankungen
- sonstige Nervenerkrankungen
- chron. Infektionen, z.B. Hepatitis/HIV
- Gicht/Rheuma
- Operationen im letzten Jahr
- Koronare Herzkrankheit/Bypass
- Schilddrüsenfunktionsstörung
- weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Allergien

- Hühnereiweiß
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- Impfstoffe
- Sonne

### Bereits durchgemachte Infektionskrankheiten

- Masern
- Malaria
- Hepatitis A
- sonstige: \_\_\_\_\_
- Hepatitis B

### Aktuelle Medikamenteneinnahme

- Ich nehme keine Medikamente ein
- Ich nehme (ggfs. ausführlicher Med.-Plan):

### Impfschutz

- Kein Impfausweis vorhanden
- Impfausweis in Original/Kopie wird vorgelegt

### Sonstiges

- Stillen
- Neigung zu Pilzinfekten
- Schwangerschaft
- Brillengläser aus Kunststoff/Kontaktlinsen
- Kinderwunsch

### Ihre Anmerkungen/Fragen:

---

---

# Praxis Koblenzer Strasse

## Behandlungsvertrag über eine Individuelle Gesundheitsleistung

zwischen

Name: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Straße, Ort: \_\_\_\_\_

und

Dr. med. Beate Clemens-Harmening / Dr. med. Regina Kreutz,  
Koblenzer Str. 55, 57482 Wenden

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen:

1. Reisemedizinische Beratung \_\_\_\_\_
2. ggfs. Impfungen \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannten individuellen Gesundheitsleistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen / privaten Krankenversicherung gehören.

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner Krankenkasse in der Regel keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Den Rechnungsbetrag entrichte ich nach Abschluss des reisemedizinischen Beratungs-komplexes, spätestens nach der letzten durchgeführten Impfung.

Im Falle der Nicht-Barzahlung bin ich mit der Weitergabe von Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstagen, erbrachte Leistungen nach GOÄ und den dazu gehörigen Diagnosen an die sowie Rechnungsstellung durch die

**Privatärztliche Verrechnungsstelle Westfalen-Süd rKV (PVS)**  
**Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung**  
**Heinrich-Hertz- Str. 4**  
**59423 Unna**

einverstanden. Die übermittelten Daten werden vertraulich behandelt, da die Mitarbeiter der PVS der Schweigepflicht gem. § 203 StGB und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes unterliegen

Ich fühle mich hinreichend aufgeklärt. Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

---

Ort

Datum

(Unterschrift