

Praxis Koblenzer Strasse

Reise- und Gesundheitsanamnesebogen

für: _____ geb. : _____
 wohnhaft: _____
 Krankenkasse: _____ Beruf: _____
 Größe: _____ Gewicht: _____ kg

Schweigepflicht/Datenschutz:

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Überweisender Arzt – ist der Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Mit Bericht einverstanden	
Name	Fachgebiet	Ort	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hausarzt (falls abweichend)				
Name	Fachgebiet	Ort	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

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
- Geschäftsreise
- Trekkingtour (Höhe: _____)

Vorerkrankungen

- keine
- Diabetes
- Epilepsie
- Krampfadern
- Nierenschäden
- Milzentfernung
- Krebsleiden
- Myasthenie
- weitere Erkrankungen: _____
- 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

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

Praxis Koblenzer Strasse

... besser ankommen !

Sehr geehrte Reisende,
sehr geehrter Reisender,

haben sie Dank für Ihre Anfrage bzw. Anmeldung.

Die Reisetätigkeit hat in den letzten Jahrzehnten an Umfang und Entfernungen deutlich zugenommen. Viele Infektionskrankheiten sind in anderen Ländern noch viel stärker präsent als in Deutschland.

Die Ärzte der Gemeinschaftspraxis und das Praxispersonal haben sich umfangreich in der Reisemedizinischen Gesundheitsberatung fortgebildet. Wir wollen und können Ihnen eine optimale und umfassende Beratung auf dem neusten Stand der medizinischen Forschung anbieten. In unserem Vorsorgeprogramm „Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfung“ haben wir alle sinnvollen Leistungen zu ihrer Vorbeugung von Gesundheitsrisiken auf Auslandsreisen zusammengestellt.

Entscheiden Sie bitte in Ruhe, ob Sie eine gründliche Reisemedizinische Beratung wünschen. Natürlich können Sie auch einzelne Leistungen aus unserem Programm auswählen. Wir beraten Sie gern individuell darüber, welche Leistungen für Sie persönlich sinnvoll und nützlich sind.

Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Auslandsreisen werden in der Regel nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen, es sei denn, es besteht eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Dies gilt nach Mitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen grundsätzlich auch für Privatversicherte.

Daher bitten wir um Verständnis, wenn Sie anfallende Kosten im Rahmen individueller Gesundheitsleistung selbst tragen müssen.

Ausnahmen gelten u. a. für Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Masern sowie Hepatitis B (bei Kindern).

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“ eine Preisliste für individuelle Beratungs- und Impfleistungen im Rahmen der Reisemedizin zu erstellen.

Für die sorgfältige und eingehende Gesundheitsberatung in Hinblick auf ihre Auslandsreise, füllen Sie bitte vorher unseren Reise- und Gesundheitsanamnesebogen aus. Unsere Assistentinnen stehen Ihnen gerne für weitere Auskünfte zur Verfügung.

Gesundheitsleistungen im Rahmen eines individuellen Behandlungsvertrages

Reisemedizinische Beratung 40 €
(GOÄ 3, 76)

Umfasst:

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 Prophylaxe-Empfehlung.

Besprechung eines Prophylaxe-Plans.

Kurze schriftliche Empfehlung für die geplante Reise.

Einzelleistungen

Kurze Beratung, gezielte Frage (z. B. Impfen) (GOÄ 1) 10 €

Begleitperson, Reisemedizinische Beratung (GOÄ 1) 10 €

Ergänz. Beratung für jedes weitere Reiseland (GOÄ 1) 10 €

Gelbfieberimpfung* und Beratung (GOÄ 1, 5, 375) 30 €

Malariaberatung für ein Land 15 €

jedes weitere Reiseland 10 €

Durchführung von Reiseimpfungen*

1. Impfung einschließlich Eintrag im Impfausweis (GOÄ 375) 10 €

jede weitere Impfung am selben Tag (GOÄ 377) 6 €

Untersuchung, symptombezogen (GOÄ 5) 10 €

Beratung und Zusammenstellung einer Reiseapotheke (ohne Medikamente) (GOÄ 76) 10 €

Attest (z. B. über mitgeführte medizinische Ausrüstung) zur Vorlage bei Einreisebehörden (GOÄ 70) 5 €

Impfbefreiungszeugnis (z. B. bei Gelbfieber- oder Choleraimpfung) (GOÄ 70) 5 €

Ausstellung eines Gesundheitszeugnisses (GOÄ 8, 70)

z. B.: zur Bestätigung der Reisefähigkeit bei Erkrankungen oder chronischen Leiden

Gesundheitsbescheinigung für Aktivitäten während einer Reise, die mit besonderen gesundheitlichen Anforderungen verbunden sind (z. B. Höhenaufenthalte, Extrem- oder Leistungssport, Tauchsport, berufliche Einsätze) 35 €

Schriftliche gutachterliche Stellungnahme (GOÄ 80) z. B.: bei Reiserücktritt 30 €

*** Impfstoffe werden zusätzlich berechnet.**

Praxisanschrift: Koblenzer Str. 55, 57482 Wenden
Tel. / Fax: 02761 / 5028 bzw. 1328