



Name:

## Reiseberatung

Anschrift:

Tel.

Mainz,.....

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrte Reisender,

Wir möchten Sie in medizinischer Hinsicht qualitativ und umfassend für Ihre anstehende Reise beraten. Daher bitten wir Sie, uns nachstehende Informationen, die Übernahme der Kosten sowie den Anamnesebogen mind. 1 Werktag vor der geplanten Untersuchung an:

[info@arztpraxis-mainz.de](mailto:info@arztpraxis-mainz.de) zukommen zu lassen.



Wo soll's hingehen? Wie ist die Reise geplant?

Reise- Länder	Ankunft			Spezifikationen			
	Jahr	Mo	Tag	1	2	3	Sonst.

**Spezifikationen**

**Rückkehr:**

- (1) Aufenthalt unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking, Camping, einfache Quartiere)
- (2) Aufenthalt in Städten, touristische Ziele, organisierte Ausflüge ins Landesinnere, organisierte Rundreise, Hotels mittlerer / gehobener Standard
- (3) Aufenthalt in Großstädten, ausschließlich Touristikzentrum, guter europäischer Hotel,-Standard

**Art der Reise**

- Business Trip
- Rundreise
- Trekking Urlaub: Max.Höhe: \_\_\_\_\_
- Long-TermStay>6Mo.
- Badeurlaub
- Sporturlaub: Sportart: \_\_\_\_\_
- Kontakt zu Tieren?

Sonstiges:

Cook it - peel it - or leave it!

Kommen Sie gesund wieder!



## Honorarvereinbarung

### Honorarvereinbarung

zwischen

**Dr. med. Lena Müller**

und

Patient / Patientin ggf. gesetzlicher Vertreter, Name Anschrift, Tel

Wird gemäß § 2 GOÄ folgende Honorarvereinbarung getroffen:

#### **Behandlung: Reisemedizinische Beratung, Impfstatus, Untersuchung, ggf. Impfung**

Die Kosten für die reisemedizinische Beratung, Aufklärung und ggf. Impfung sowie ggf. Untersuchungen sind NICHT durch den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt. Die Kosten der Rechnung werden in bar vor Ort beglichen.

Reisemedizinische Leistungen werden wie folgt in Rechnung gestellt:

#### **Reisemedizinischer Beratungskomplex**

- ✓ Auswertung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Reiseplanung
- ✓ Auswertung Impfpass
- ✓ Erstellung eines Impfplanes und ggf. einer Prophylaxe-Empfehlung
- ✓ ggf. kurze schriftliche Information für die geplante Reise
- ✓ Abrechnung Analog GOÄ-Ziffer 34 (1,0 bis 3,5 facher Satz, je nach Aufwand) € **17,69** bis € **61,22**

#### **Einzelimpfung (inkl. Ertrag in den Impfpass)**

- ✓ GOÄ 375 2,3-facher Satz € **6,69**

#### **Mehrfachimpfung (inkl. Ertrag in den Impfpass, je Impfung)**

- ✓ GOÄ 377 2,3-facher Satz € **6,69**

#### **Gelbfieberimpfung (inkl. Ertrag in den Impfpass)**

- ✓ GOÄ Nr. 1 Beratung / Aufklärung 3,5-facher Satz € **16,31**
- ✓ GOÄ 375 bzw. 376 bei Schluckimpfung, 3,5-facher Satz € **16,31**

Bei manchen Impfungen, ist eine kurze Untersuchung zur Feststellung der Impffähigkeit nötig:

#### **Symptombezogene Untersuchung**

- ✓ GOÄ 5, symptombezogene Untersuchung 2,3-facher Satz € **10,72**

#### **Hinzu kommen ggf. die Kosten für den Erwerb der Impfstoffe in der Apotheke.**

Ich bestätige die Übernahme der Kosten

Mainz, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



Liebe Patientin, lieber Patient!

## Anamnesebogen

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen.  
Um Sie bestmöglich zu betreuen, bitte ich Sie, den  
nachfolgenden Fragebogen auszufüllen

Name	Vorname:
<hr/>	
Geburtsdatum:	
<hr/>	
Ihre Anschrift:	PLZ/Ort:
<hr/>	
Beruf:	
<hr/>	
Versicherung:	privat: <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/>
<hr/>	
Mobil-Nr.	email:
<hr/>	

### Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen

	seit wann?	weitere Angaben?
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörung der Beine	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit / Diabetes	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Kranmpfleiden / neurolg. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Operationen / Unfälle	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
besteht aktuell eine Schwangerschaft	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Welche Woche?
sonstiges		
<hr/>		
konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, wie viel?
<hr/>		
haben Sie Allergien?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
<hr/>		
gegen Medikamente	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
<hr/>		
wenn ja gegen welche?		
<hr/>		
Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, wie viel? nicht mehr seit:



Name, Vorname	Geburtsdatum:
wie groß sind Sie? (cm)	wieviel wiegen Sie: (kg)
haben Sie in den letzten Monaten stark zu- oder abgenommen?	Nein <input type="checkbox"/> zu <input type="checkbox"/> ab <input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein

Wurde bei Ihnen bereits folgende Untersuchung durchgeführt?	wann?
Herzkatheter	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Darmspiegelung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

### Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung der Beine	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Sport? welchen? wie oft?

Möchten Sie uns weitere wichtige Punkte mitteilen?

**Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.**

Vielen Dank, Ihr Praxisteam Dr. Lena Müller