

Reisemedizinische Sprechstunde
Geschäftsbereich Gesundheit
Rosenweg 1a, 38446 Wolfsburg, Tel: 05361 28 2020, Fax: 05361 28 2002

Anmeldung zur Reisemedizinischen Sprechstunde

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Reiseziel: _____ Reisezeitraum (von/bis): _____

Art der Reise: Hotelaufenthalt/organisierte Rundreise/Kreuzfahrt
 Sonstiges → Bitte Rückseite ausfüllen!

Liegen folgende Erkrankungen/Besonderheiten bei Ihnen vor:

- | | |
|--|--|
| • Schwangerschaft/Stillen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *) |
| • Allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *) |
| • Impfkomplikationen bei früheren Impfungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *) |
| • Chronische Erkrankungen (z. B.: internistisch/ neurologische Erkrankungen, Hauterkrankungen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *) |
| • Akute Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *) |
| • Operationen/Eingriffe in den letzten 4 Wochen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *) |
| • Behandlung mit Medikamenten in den letzten 3 Monaten (Tabletten, Spritzen etc.) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *) |

*) ggf. welche: _____

Die Gebühren berechnen sich nach der Gebührenordnung für Ärzte, z. B.:

- | | |
|--------------------------|--|
| • Beratung ohne Impfung: | bis 30,59 € pro Person (kurze Beratung) |
| • Erster Impftermin: | 48,96 € pro Person (Beratung und Impfung/en) |
| • Folgeimpftermin: | 40,00 € pro Person
Zusätzlich Impfstoff |

Alle Impfstoffe werden über eine lokale Apotheke bezogen. Für die Impfstoffe wird der Einkaufspreis ohne Aufschlag berechnet.

Die Kosten für die Beratung mit Impfung/en und den Impfstoff müssen mit EC-Karte bezahlt werden.

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, welche Kosten von dort übernommen werden. Manche Krankenkassen übernehmen Kosten für Reiseimpfungen, jedoch nicht für Standartimpfungen (z. B.: Tetanus/Diphtherie)

Wolfsburg, den _____ Unterschrift: _____

Die folgenden Fragen bitte bei längeren Aufenthalten oder besonderen Risiken beantworten.
Grund für die Reise (z. B.: Verwandtenbesuch, Freiwilligendienst, etc.):

- Enger Kontakt zur einheimischen Bevölkerung ja nein
• z. B.: bei Berufstätigkeit oder Besuch von Verwandten oder Freunden unbekannt
- Eingeschränkter Zugang zu medizinischer Versorgung ja nein
• z. B.: bei Aufenthalt in großer Entfernung (mehr als 24 h Reisezeit) zu Städten mit guter medizinischer Versorgung unbekannt
- Erhöhtes Risiko für Tierkontakte/Hundebisse ja nein
• z. B.: bei einfachen Reisebedingungen, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel unbekannt
- Eingeschränkter Zugang zu hygienisch einwandfreien Nahrungsmitteln ja nein
• z. B.: bei eingeschränktem Reisebudget, Aufenthalt in einfachen Unterkünften unbekannt

Sonstiges: _____