

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Datum, Unterschrift: _____

Hiermit willige ich in die Beratung ein. Sie geschieht auf meinen Wunsch hin. Über Kosten und Alternativen wurde ich aufgeklärt.

Mir ist bewusst, dass die Untersuchung für mich sinnvoll ist, aber nicht von meiner Krankenkasse erstattet werden kann.

Unser Angebot:Eingehende Beratung ☐ 20,11 EuroUmfangreiche Beratung ☐ 40,22 EuroBlutentnahme ☐ 5,38 EuroKörperliche Untersuchung ☐ 34,86 EuroKleines Attest ☐ 5,36 EuroReisemedizinischer Bericht ☐ 17,43 Euro

*Durchführung der Impfungen inklusive Beurteilung
Impftauglichkeit und Eintragung in Impfausweis*

Erste Schutzimpfung ☐ 10,72 EuroJede weitere Impfung/Tag ☐ 6,70 EuroMalariaphylaxe ☐ 10,72 Euro

Als freiwillige Satzungsleistungen erstatten viele gesetzliche Krankenkassen ihren Mitgliedern die Kosten für reisemedizinische Gesundheitsleistungen auch bei privaten Auslandsreisen. Hierzu können ärztliche Impfleistungen, die Kosten für Impfstoffe und eine ggf. nötige medikamentöse Malariaphylaxe zählen.

Fragen Sie also bitte bei Ihrer Krankenversicherung an, ob auch diese sich bei Ihnen an den Kosten für Beratung und ggf. nötigen Impfungen beteiligt.

Für die Laborleistungen erhalten Sie eine Rechnung von unserem Labor:

IMD Labor Oderland GmbH

Franz-Mehring-Straße 23 A

15230 Frankfurt (Oder)

Die Auswertung erfolgt in einem persönlichen Arztgespräch.

Das Labor erhebt zu jedem Laborauftrag als IGeL-Leistung einen einmaligen Auslagenersatz von 4,95 Euro.

Es gilt die GOÄ (Faktor 2,3). Irrtum vorbehalten.

REISEMEDIZIN**Reiseimpfberatung**

Schutzimpfungen

Impfausweis aktualisieren

Malariaphylaxe

Hinweis zur Reiseapotheke



Reiseimpfberatung

Liebe Patient:innen,

da wir die für Ihre Reise ggf. nötigen Impfstoffe oder Medikamente in unserer Praxis nicht vorrätig halten, werden Ihnen diese rezeptiert. Die Kosten für die Impfstoffe werden Sie nach Einlösen des Rezepts in einer Apotheke also zunächst selbst übernehmen müssen und können die Quittung dann ggf. (siehe oben) bei Ihrer Krankenversicherung einreichen können.



Ihr aktueller Impfstatus



	Jahr	abgelaufen
Tetanus	_____	☐
Diphtherie	_____	☐
Polio	_____	☐
Pertussis	_____	☐
Hepatitis A	_____	☐
Hepatitis B	_____	☐
Typhus	_____	☐
FSME	_____	☐
Sonstige:		
_____		☐
_____		☐
_____		☐
_____		☐

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Lassen Sie sich bitte zum Termin unseren Fragebogen vom Personal aushändigen. Anhand Ihrer Reiseroute und geplanter Aktivitäten vor Ort können wir so vorab individuell Risiken erkennen und Sie entsprechend beraten.

Wir wünschen Ihnen erlebnisreiche und wunderschöne Urlaubstage!

Ihr Team der Lungenpraxis Strausberg

Ihre Fragen:
