

# Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

## Reise-Impfberatung



HAUSARZTPRAXIS  
BARMBEK

Dr. med. Christian Bauck &  
KollegInnen  
Fachärzte für Allgemeinmedizin  
Geierstraße 2  
22305 Hamburg  
Tel 040 · 61 60 66  
[www.hausarztbarmbek.de](http://www.hausarztbarmbek.de)  
[termine@hausarztbarmbek.de](mailto:termine@hausarztbarmbek.de)

### Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Anmeldung zur Reiseberatung möchten wir Sie bitten, den Dokumentationsbogen auszufüllen und beide Seiten gründlich durchzulesen und zu unterzeichnen.

Um Sie im Vorfeld umfassend und sinnvoll beraten zu können, ist eine gewisse Vorbereitung nötig. Hierzu benötigen wir Ihren **Impfpass** und den **komplett ausgefüllten Fragebogen spätestens 3 Werktage vor Ihrem Reiseberatungstermin** bei uns zurück (per Mail oder am Empfang abgeben).

Die Beratung sollte mindestens 6 Wochen vor Abreise in Anspruch genommen werden, um fällige Impfungen noch ergänzen zu können und damit das Immunsystem genug Zeit hat, einen ausreichenden Schutz aufzubauen.

Bitte beachten Sie, dass Reiseimpfungen i.d.R. keine Kassenleistung sind. Viele Krankenkassen übernehmen auf Anfrage Impfstoff oder einen Anteil an den Impfstoffkosten. Die Beratung, bzw. das Heraussuchen der notwendigen Impfeempfehlungen, sowie die Impfleistung wird von den Kassen meist nicht übernommen.

#### **Kostenübersicht IGeL Leistungen Reiseberatung**

Reiseberatung (GOÄ Nr. 34)	> 40,22 Euro
Reiseimpfung i.m/s.c. (GOÄ Nr. 375)	> 10,72 Euro zuzgl. Impfstoffkosten
Parallelimpfungen (GOÄ Nr. 377)	> 6,70 Euro zuzgl. Impfstoffkosten

#### **Preisliste für eine Auswahl von Reise - Impfstoffen (Stand 26.11.24)**

Hepatitis A	Havrix 1440	47,08 Euro
Hepatitis B	Engerix-B	46,06 Euro
Typhus	Typhim	37,43 Euro
Tollwut	Rabipur	80,02 Euro
Jap. Encephalitis	Ixiaro	101,97 Euro
Meningokokken B	Bexsero	113,36 Euro
Meningokokken AWCY	Menveo	64,92 Euro
Cholera	Dukoral Schluckimpf.	96,56 Euro

Bitte beachten Sie, dass wir keine Gelbfieberimpfstelle sind und diese Impfung nicht durchführen. Hierfür wenden Sie sich bitte an eine Gelbfieberimpfstelle in Ihrer Nähe: [www.dgk.de/impfen-und-infektionen/krankheiten-vona-bis-z/gelbfieber/gelbfieberimpfstellen.html](http://www.dgk.de/impfen-und-infektionen/krankheiten-vona-bis-z/gelbfieber/gelbfieberimpfstellen.html)

Da wir uns für Sie genügend Zeit lassen möchten, ist Ihr Reiseberatungstermin ausschließlich nur für Sie reserviert. Deshalb bitten wir Sie, bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch oder per Mail abzusagen. Andernfalls erlauben wir uns, Ihnen das Beratungshonorar in Rechnung zu stellen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

## Reise-Impfberatung



H A U S A R Z T P R A X I S  
B A R M B E K

Dr. med. Christian Bauck &  
KollegInnen  
Fachärzte für Allgemeinmedizin  
Geierstraße 2  
22305 Hamburg  
Tel 040 · 61 60 66  
[www.hausarztbarmbek.de](http://www.hausarztbarmbek.de)  
[termine@hausarztbarmbek.de](mailto:termine@hausarztbarmbek.de)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Reisedaten

Reise-Länder	Ankunft			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr:						

### Art der Reise

- Badeurlaub     Sporturlaub (Sportart.....)  
 Rundreise     Trekking-Tour (Höhe.....)  
 Geschäftsreise     Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

### Reisebedingungen

- 1** Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)
- 2** 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)
- 3** Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristenzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

### Anamnese

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche?<br>_____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden/Litten Sie an einer<br>• chronischen Krankheit?<br>• einer bösartigen Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?<br>_____<br>_____<br>_____       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche?<br>_____       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit. uns das bitte unbedingt mit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hatten Sie schon mal eine Thrombose oder eine Lungenarterienembolie ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Wichtiger Hinweis:

**Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!**

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum

Unterschrift des Reisenden