

- Reisemedizinische Beratung Dr. Karin Jatzkewitz –
 - Fachärztin für Innere Medizin -
 Projensdorfer Str. 202, 24106 Kiel

Tel 0431-337345 * Fax 0431-336808 * email Karinjatzkewitz@aol.com * www.arztpraxis-jatzkewitz.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung		Gelbfieberimpfstelle	
Praxis Dr. Jatzkewitz	Vorsorge-Untersuchungen	Tauchsport-Untersuchung	Impfungen

Reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen

Info und Auftrag

Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

haben Sie Dank für Ihre Anfrage/Anmeldung. Reisemedizinische Beratung und Impfungen anlässlich von Reisen außerhalb Deutschlands werden zumeist nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen, jedoch gibt es Ausnahmen für bestimmte Prophylaxearten, teilweise in Abhängigkeit von der jeweiligen Krankenkasse. Dies gilt nach Mitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e. V. grundsätzlich auch für Privatversicherte.

Anfallende Kosten werden Ihnen in Rechnung gestellt, soweit nicht andere Regelungen zum Tragen kommen. Die amtliche Gebührenordnung enthält für privat zu bezahlende reisemedizinische Leistungen teilweise keine angemessenen Ziffern. Wir erlauben uns daher in Anlehnung an die „Liste zur Bewertung und Abrechnung Reisemedizinischer Leistungen“ für unsere Bemühungen in Rechnung zu stellen:

Gesamtleistung

Reisemedizinischer Beratungskomplex, d. h.

- 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 Prophylaxeempfehlung
- Besprechung eines Prophylaxeplans
- kurze schriftliche Information für die geplante Reise € 30,00

Einzelleistungen

- Begleitperson € 10,00
- Ergänzung für jedes weitere angrenzende Reiseland € 10,00
- Internationaler Impfausweis (blanko, entfällt bei Gelbfieberimpfung) € 2,00
- Übertragung der zur Dokumentation des gültigen Impfschutzes erforderlichen Daten
- bis zu 4 Impfungen € 2,00
- bis zu 8 Impfungen € 4,00
- Malariaberatung für ein Reiseland (max. 15 min) € 15,00
- Malariaberatung für ein Reiseland - Begleitperson € 10,00

Impfstoffe werden zusätzlich berechnet. Die Eintragung hier durchgeführter Impfungen ist in der Impfgebühr enthalten.

Kiel, den 2009

Ihr Praxisteam

- Reisemedizinisches Zentrum Dr. Jatzkewitz -

Tel 0431-337345 * Fax 0431-336808 * email Karinjatzkewitz@aol.com * homepage keine Angaben

Anmeldung für _____ / _____
Name Vorname Alter Gewicht / Größe

Reiseziel _____ Zeit _____ 200____
Land, Ort (bei Rundreisen bitte Route mit Zeitangaben, evtl. Extrablatt) vom bis

Reisekriterien Hotel Sonnenbaden Safari Trekking Rundreise Gerätetauchen
 enger Kontakt m. d. Bevölkerung einfache Unterkunft privat dienstlich, sonstiges:

Frühere Erkrankungen: Masern Hepatitis A Hepatitis B ich bin gesund, ich habe
keine Beschwerden, Beschwerden: _____, Allergien/ Unverträglichkeiten? nein ja:

Hühnereiweiß Malariamedikamente Impfstoffe sonstiges _____

Aktuelle/chronische Erkrankungen nein ja _____ Sonstiges:
 Diabetes Psoriasis Porphyrie Myasthenie Nervenkrankh. Epilepsie psy-
chische Störungen Sonnenbrand/-allergie Lichtreaktionen Nierenschaden Leber-
schaden, ggf. Angaben über Neigung zu vaginalen Pilzinfektionen Schwangerschaft
 Stillen Schwangerschaftswunsch Antikonzeptiva Krampfadern/Thrombosen
(auch i. d. Familie) Brillengläser aus Kunststoff

Einnahme von Medikamenten: keine ich nehme _____
 ein Impfausweis liegt mir nicht vor vorhandener Impfschutz laut Impfausweis(en): (pro
Kästchen 1 Impftermin, tragen Sie jeweils die letzten Impfungen ein)

	letzte Impfung	vorletzte	drittletzte		u.s.w.
Diphtherie	. .	. .	. .	Tetanus	. . . .
Polio	. .	. .		Grippe	. . . .
				Masern	. .
Hepatitis A	. .	. .	. .	Hepatitis B	. . . .
Typhus	. .	Cholera	. . . .	Tollwut	. . . .
Gelbfieber	. .	Meningokokken-E.	. .	Pneumokokken-E.	. .
FSME	. .	. .	. .	Japan-Encephalitis	. . . .

Ich bitte um eine reisemedizinische Gesundheitsberatung Malariaberatung, Impfungen,
und zwar: _____ einen internationalen Impfausweis
 Übertragung von Vorimpfungen in meinen neuen Ausweis. Ich bitte zusätzlich um

kassenärztliche privatärztliche Behandlung wegen _____

_____, den _____ 2009
Ort Datum Unterschrift