

Anamnesebogen für Reiseimpfungen

Patient:

Allgemeine Gesundheit

Haben Sie derzeit gesundheitliche Beschwerden?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie chronische Krankheiten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien (z.B. gegen Medikamente, Lebensmittel, Insektenstiche)?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Gab es in der Vergangenheit Reaktionen auf Impfungen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Impfstatus (Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit)

Haben Sie die folgenden Impfungen erhalten? (Bitte Datum der letzten Impfung angeben)

Tetanus:

Diphtherie:

Pertussis Keuchhusten):

Polio:

Masern, Mumps, Röteln (MMR):

Typhus:

Hepatitis A:

Hepatitis B:

Gelbfieber:

Tollwut:

Japanische Enzephalitis:

Meningokokken:

Andere:

Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Reisedaten

Wohin geht Ihre Reise und wann verreisen Sie?

Reiseland: _____

Reiseroute/-region: _____

Wann verreisen Sie: _____

Werden Sie während der Reise in Gebieten mit bekannten Krankheitsausbrüchen reisen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Planen Sie Aktivitäten, die ein erhöhtes Infektionsrisiko bergen (z.B. Tierkontakte, Abenteuerreisen)?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es sonstige relevante Informationen oder Bedenken bezüglich Ihrer Gesundheit und der Reiseimpfungen?

Coesfeld, _____

Unterschrift Patient

Vereinbarung über die Inanspruchnahme von Reiseimpfungen als Privatleistung

Zwischen

Patient:

und

Hausarztpraxis an der Promenade
Dres. med. Matthias Dilkaute / Florian Philipp
Letter Str. 37 48653 Coesfeld
Tel.: 02541 70570 Fax: 02541 88036
E-Mail: Kontakt@Hausarztpraxis-Promenade.de

Der Patient/die Patientin beauftragt die Hausarztpraxis an der Promenade, die notwendigen Reiseimpfungen als Privatleistung durchzuführen.

Der Patient/die Patientin wurde darüber informiert, dass Reiseimpfungen in der Regel keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen sind und somit die Kosten vom Patienten/von der Patientin selbst getragen werden müssen. Eine eventuelle Erstattung durch private Krankenkassen oder Zusatzversicherungen muss vom Patienten/von der Patientin selbständig geklärt werden.

Der Patient/die Patientin erklärt hiermit, dass er/sie über die Notwendigkeit, Risiken und möglichen Nebenwirkungen der Reiseimpfungen ausführlich aufgeklärt wurde. Der Patient/die Patientin willigt ein, die oben genannten Impfungen als Privatleistung durchführen zu lassen und die anfallenden Kosten zu tragen.

HINWEIS: Die Abrechnung erfolgt über die Privatärztliche Verrechnungsstelle PVS Westfalen-Nord
Hiermit erteile ich die Erlaubnis, meine Abrechnungsdaten sowie die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten im Rahmen der privatärztlichen Abrechnung zu verarbeiten und an Dritte – soweit für die Abrechnung notwendig – weiterzugeben.

Coesfeld,

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient