

F Reisemedizin**Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen****Patientendaten**

Vorname, Nachname:			
Geburtstag:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort		Telefon:	
Reiseziel:		Dauer:	
Reiseart:	Pauschalreise ☐ Trekking ☐	E-Mail:	

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen:

Kurzer Impfpass-Check auch von Mitreisenden (Z1):	ja ☐	nein ☐
Impfberatung (Z34):	ja ☐	nein ☐
Impfungen, je nach Reiseziel & Dauer (Z375,377):	ja ☐	nein ☐
Reisemedizinische Beratung nach Reiseart (Z34):	ja ☐	nein ☐
Beratung zu Gelbfieber-Impfstellen (Z1):	ja ☐	nein ☐
Malariaphylaxe (Z3):	ja ☐	nein ☐

Die Reisemedizinische Beratung sowie die Reiseimpfung sind keine Regelleistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Ein Erstattungsanspruch besteht nicht. Daher sind die anfallenden Kosten hierfür selbst zu tragen. Eine eventuelle Kostenerstattung durch Krankenversicherungen oder Arbeitgeber ist unabhängig hiervon selbst zu klären.

Nachfolgend erkläre ich mich mit der Erstattung der anfallenden Kosten gemäß GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) einverstanden.

Die **zusätzlich anfallenden Kosten für Impfstoffe** werden gesondert nach den aktuellen Apothekenverkaufspreisen berechnet.

Leistung	Faktor	GOÄ	€
Kurze Beratung oder Inspektion der Impfstelle:	2,3	Z1	10,72
Ausführliche Impfberatung (>20 Min):	2,3	Z34	40,22€
Längere Reise- und Impfberatung (>30 Min):	3,5	Z34	61,20€
Exposition- und Chemo-Malariaphylaxe:	2,3	Z3	20,11€
Impfung am Impftag:	2,3	Z375	10,72€
Parallelimpfung je Impfung	2,3	Z377	6,70€
Ausstellen eines Impfausweises	2,3	Z70	5,36€

Diese Leistungen sind umsatzsteuerfrei nach §4 Nr. 14 UstG

Meinen **Impfpass** und alle Nachweise über bereits durchgeführte Impfungen werde ich zum Termin **mitbringen**.

Datum

Unterschrift zahlungspflichtiger Patienten