

Liebe Patientin, lieber Patient,

eine reisemedizinische Beratung ist in Abhängigkeit von den Voraussetzungen des Reisenden (Vorerkrankungen, Lebensalter, Impfständen) und der geplanten Reise (Reiseziel, Reisedauer, Route, Reiseart) sinnvoll, da sie helfen kann Urlaubsrisiken bereits im Vorfeld zu erkennen und zu minimieren.

Gerne bieten wir Ihnen ab sofort folgende Leistungen rund um Ihre Reise an:

- Überprüfung Ihres Impfausweises und der allgemein empfohlenen Impfungen gemäß STIKO-Impfempfehlung
- Durchführung von Impfungen aller Art (einschließlich **Gelbfieberimpfung**)
- (medikamentöse) Vorbeugung nicht impfbarer Erkrankungen (einschließlich Malaria, Thrombosen, Reiseübelkeit etc.)
- Zusammenstellung einer individuell sinnvollen Reiseapotheke
- alters- und krankheitsspezifische Beratung
- Gesundheitszertifikate im internationalen Reiseverkehr
- Beratung zu Schutzmaßnahmen vor vektorübertragenen Erkrankungen (Insektenschutz, Ernährungsverhalten, Nahrungsmittel- und Wasserhygiene)
- kurzfristige Impfberatung bei Last-Minute-Reisen

Die Beratung und auch ein großer Teil der Reiseimpfungen sind nicht Bestandteil der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Daher stellen wir Ihnen für die empfohlenen Reiseimpfungen Privatrezepte aus. Für die qualifizierte reisemedizinische Beratung durch unser fachkundiges Personal berechnen wir pro erwachsenem Reisendem einmalig 30€; ihre Kinder werden kostenlos mitberaten. Je Schutzimpfung berechnen wir gemäß Gebührenordnung für Ärzte 10,72€ einschließlich Eintragung in den Impfausweis.

Da erfreulicherweise viele gesetzliche und private Kassen bereit sind, Reiseberatungen und Reiseimpfungen zu bezahlen oder einen Teil der Kosten zu erstatten, empfehlen wir Ihnen, die Rezepte und Quittungen aufzuheben und bei Ihrer Krankenkasse einzureichen. Einen entsprechenden allgemeinen Vordruck (Erstattungsantrag) stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Um Sie bezüglich Ihrer geplanten Reise qualifiziert beraten zu können, bitten wir Sie, Ihren Impfausweis/bzw. alle vorhandenen Impfausweise zusammen mit dem ausgefüllten reisemedizinischen Fragebogen mindestens 3 Tage vor Ihrem Beratungstermin bei unserem Personal abzugeben.

Dieses Vorgehen erleichtert uns die Vorbereitung auf die reisemedizinische Beratung erheblich.

Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne!

Ihr Ärzte-Team der Praxis Schniegling

Reisemedizinischer Fragebogen

Personalien:

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ & Wohnort	
Telefonnummer	
bei Kindern <16J. Gewicht in kg	

Daten zur geplanten Reise:

Abreisedatum	
Rückkehrdatum	
Reisedauer	
Genutztes Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Schiff <input type="checkbox"/> Flugzeug <input type="checkbox"/> Sonstige
Flugdauer (Stop-over?)	
bereiste Länder (bitte auch genau die Region bzw. Städte und evtl. Transferländer angeben) - ggf. Beiblatt verwenden	
Unterkunft	<input type="checkbox"/> einfache Bedingungen: Camping, Rucksack-/Trekkingtouren <input type="checkbox"/> Pauschalreise/Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants gehobener bis europ. Standard <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalte (= länger als 4-6 Wochen) <input type="checkbox"/> enger Kontakt zur einheimischen Bevölkerung <input type="checkbox"/> prakt. Tätigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen
Aktivitäten im Land	<input type="checkbox"/> Städtereise <input type="checkbox"/> Strandurlaub <input type="checkbox"/> Nationalparks/Reservate <input type="checkbox"/> Kreuzfahrten <input type="checkbox"/> Dschungeltour <input type="checkbox"/> Höhlen (Fledermäuse) <input type="checkbox"/> Bergsteigen <input type="checkbox"/> Tauchen <input type="checkbox"/> andere, und zwar:
Reisebesonderheiten	<input type="checkbox"/> private Reise <input type="checkbox"/> berufliche Reise <input type="checkbox"/> Studienaufenthalt

Medizinische Daten:

Leiden Sie unter Allergien gegenüber Medikamenten, Impfungen/Hühnereiweiß?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie in den letzten 3 Monaten geimpft?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter folgenden chronischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, wenn ja: insulinpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale oder chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> chronischen Infektionskrankheiten wie Hepatitis B/C oder HIV <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Leber <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie <input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit, wenn ja: Bypässe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar:
Leiden Sie an einer Herz-erkrankung/Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Psychische Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie oder ein Familienmitglied schon einmal eine Thrombose?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?	
Für Patientinnen:	Besteht aktuell eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie die Antibabypille? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht aktuell ein Schwangerschaftswunsch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie eine Brille/Kontaktlinsen, ein Hörgerät oder Prothesen?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja, ich rauche täglich ca. ____ Zigaretten <input type="checkbox"/> nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.