



Anmeldungs- und Beratungsbogen für Reisemedizin

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Beruf: _____ Krankenkasse _____

Reiseziel: _____ Besuchen Sie auch das Landesinnere? _____

	bitte ankreuzen:	Ja	Nein
Leiden Sie zurzeit an einer akuten oder chronischen Krankheit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie früher eine Nerven- oder Gehirnhautentzündung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie, z.B. Hühnereiweiß) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie es bitte mit!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht aus anderen Gründen eine Immunschwäche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen (incl. Schluckimpfungen) oder Injektionen erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: welche und wann? _____			
Sind anlässlich einer Impfung/Injektion/Blutabnahme Schwäche- oder Ohnmachtszustände aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Jahr war Ihre letzte Impfung gegen Tetanus Diphtherie Polio			

Bitte bringen Sie zur Beratung Ihren Impfausweis mit!

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____

Erfolgte Leistungen - nur vom Arzt auszufüllen!

Rezept/Beratung (bis 10 Min.)	€ 12,00
Rezept/Beratung (über 10 Min.)	€ 20,00
Impfpass	€ 2,00
Impfung m. vorh. Reiseberatung	€ 4,00
Impfung ohne Reiseberatung	€ 10,00

In der Praxis vorrätige Impfstoffe (+ Impfung zusätzlich 4,00 €)

Hepatitis A- und B-Impfung	€ 65,00
Hepatitis A-Impfung	€ 65,00
Hepatitis B-Impfung	€ 56,00
Polio	€ 25,00

Gesamtsumme € _____

GKV-Leistung (Kassenleistung)

Td/Polio
 Td/Polio/Pertussis
 FSME

Unterschrift des Arztes _____

Jürgen David
 Facharzt für Innere Medizin

Roland Fritz
 Facharzt für Allgemeinmedizin

Dr. med. M.-C. Dietrich
 Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Sandra Lossau
 Fachärztin für Allgemeinmedizin

Alt-Buckow 9-11
 12349 Berlin
 Telefon: 0 30-6 04 24 64/76
 Fax: 0 30-6 04 24 73
 info@praxis-alt-buckow.de
 www.praxis-alt-buckow.de

Ernährungsmedizin
 Reisemedizin

Sprechzeiten:
 Mo-Fr: 08.00-12.00
 Mo-Di-Do: 16.00-19.00
 Sa: 09.00-12.00

Privatsprechstunde

Parkplätze am Haus
 Buslinien M11-X11-M44-736
 U-Bahn Linie 7
 (Johannisthaler Chaussee),
 dann zwei Haltestellen Bus
 Linie M11 bzw. Linie 736 oder
 eine Haltestelle Bus Linie X11

Bankverbindung:
 Apotheker- und Ärztebank Berlin
 IBAN: DE07 3006 0601 0106 3497 65
 BIC (Swift Code): DAAEDED

Ausbildungspraxis der Charité



Zertifizierte Praxis

