

Checkliste Reisemedizin

Wir benötigen Angaben, die uns die Planung der Beratung und ggf. Impfleistung ermöglicht:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Bei Kindern: Hauptversicherter: _____

Mein Hausarzt/ -ärztin ist: _____ in _____

Meine Medikamente: _____ Allergien: _____

Chronische Erkrankungen:

(wie z. B. Diabetes, Epilepsie, Bluthochdruck, Nieren-, Lungen- oder Leberleiden, Stoffwechselerkrankungen)

Impfungen (Impfstatus, bitte Impfbuch oder Info von Hausarzt mitbringen): _____

Durchgemachte Tropenerkrankungen (z. B. Dengue-Fieber?): _____

Reisezeit (von wann bis wann): _____

Reiseziel (Land, Stadt, ländliche Gegend, welche Region?, Unterbringungsart): _____

Zwischenstopp in Gelbfieberendemiegebiet? (Afrika, Südamerika): _____

Reiseart (Pauschal mit Hotelunterbringung bis hin zum Rucksackreisen mit Zelten in entlegenen Gebieten): _____

Kinderbegleitung? ja nein

Schwangerschaft? ja nein

→ Bei notwendiger Gelbfieber-Impfung Hinweis auf Dr. Vogt als **Gelbfieberimpfstelle** im Hause

→ Ich bin mir im Klaren, daß Beratung, Untersuchung, Recherche, Telefonate mit Apotheken und Kollegen sowie Impfungen, die nicht den Impfrichtlinien der ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Instituts entsprechen **privatärztlich berechnet** werden und nicht von der GKV oder PKV erstattet werden. Mit der Anmeldung wird ein Behandlungsvertrag geschlossen, der nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt wird.

→ Falls vereinbarte Termine nicht eingehalten und 24 Stunden vorher nicht abgesagt wurden, behält sich Dr. Suhrborg die Berechnung des Ausfalles vor.

→ Ich bin damit einverstanden, daß ich ggf. an vereinbarte **Kontrolltermine** oder Therapien telefonisch oder schriftlich von der Praxis Dr. Suhrborg **erinnert** werden darf: ja nein

→ Ich bin mit der Weitergabe meiner Rechnungsdaten an ein Inkassobüro oder eine ärztliche Verrechnungsstelle einverstanden.

Stuttgart, den _____

Unterschrift