

### **Patienteninformation Reisemedizin und Gelbfieberimpfung**

Die Reisemedizin ist nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Die reisemedizinische Beratung, evtl. erforderliche Impfstoffe, die Impfungen selber, evtl. erforderliche Medikamente (z.B. zur Malaria-Prophylaxe) sowie von Ihnen benötigte Bescheinigungen und Atteste können nicht zu Lasten der GKV abgerechnet werden. Einige gesetzliche Krankenkassen beteiligen sich jedoch als freiwillige Zusatzleistung an den Kosten, bitte erkundigen Sie sich hierzu bei Ihrer Krankenkasse.

Aus betriebswirtschaftlichen und berufsrechtlichen Gründen müssen reisemedizinische Leistungen Ihnen direkt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. Bei der Berechnung ärztlicher Leistungen gilt zwingend die GOÄ, d.h. ärztliche Leistungen dürfen weder zum „Nulltarif“ noch zu einem willkürlich festgelegten Preis erbracht werden.

Bitte beantworten Sie zur Vorbereitung der reisemedizinischen Beratung folgende Fragen möglichst genau:

- Wohin geht Ihre Reise? Abreisetermin und Reisedauer?
  
- Wie werden Sie reisen? (z.B. Pauschalreise oder Individualreise mit dem Rucksack?)
  
- Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Erkrankung? Falls ja, bitte auflisten.
  
- Nehmen Sie Medikamente ein?
  
- Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Gab es in der Vergangenheit Schwierigkeiten oder Komplikationen im Zusammenhang mit einer Impfung?

- Sind bei Ihnen psychische Erkrankungen oder Krampfanfälle bekannt?
- Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt worden oder ist eine Thymuserkrankung bekannt?
- Sind Sie in den vergangenen 4 Wochen geimpft worden?
- Besteht eine Schwangerschaft oder ist in den nächsten Wochen/Monaten eine Schwangerschaft geplant?
- Möchten Sie von uns über fällige Impftermine informiert werden? Falls ja, wie?

**Bitte warten Sie nach Impfungen 15 Minuten ehe Sie die Praxis verlassen. Schwere körperliche Belastungen sollten Sie 3 Tage nach einer Impfung meiden.**

Bitte bringen Sie Ihr Impfbuch zum Beratungstermin mit und bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit der Berechnung der reisemedizinischen Leistungen gemäß GOÄ und der Abrechnung über die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg (PVS) einverstanden sind.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift, bei Minderjährigen  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)