

Behandlungsvertrag



DR. MED. BARTHEL
DR. MED. BACHNER

FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN
FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Liebe(r) Patient (in),

reisemedizinische Beratung und Impfungen für Reisen außerhalb Deutschlands sind keine generelle Kassenleistung und können nicht über Ihre gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden.

Für die Mehrzahl der gesetzlichen Krankenkassen gelten Sondervereinbarungen und die Kosten für Impfung und/oder Beratung werden im Nachgang erstattet. Genaueres klären Sie bitte direkt mit Ihrer Krankenkasse. Dies gilt nach Mitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. grundsätzlich auch für Privatversicherte.

In Anlehnung an die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) erlauben wir uns folgende Kosten in Rechnung zu stellen.

GOÄ	Leistungsinhalt	Gebühr
804A	Reisemedizinischer Beratungskomplex: Auswertung Ihrer Impfunterlagen Erstellung einer individuellen Prophylaxe/Impfplan Besprechung der Prophylaxe	30,59 Euro
1	Beratung einer zusätzlichen Person mit selbem Reiseziel	10,72 Euro
Der reisemedizinische Beratungskomplex beinhaltet keine sportmedizinische Untersuchung und Beratung.		
3	Malariaberatung einzeln	20,11 Euro
375	Schutzimpfung je Impfung	10,72 Euro
377	jede weitere Injektion am gleichen Tag (Ausnahme: Impfungen, die zu den Regelleistungen der Krankenkasse zählen, werden über ihre Krankenkasse abgerechnet)	6,70 Euro
75	Bescheinigung über die Notwendigkeit mitzuführender Medikamente	10 Euro

Für die Beratung und Injektionen erhalten Sie von uns eine Rechnung. Die entsprechenden Impfungen/ Medikamente werden auf ein Privatrezept verordnet. Die Abrechnung der Impfstoffe/Medikamente findet direkt mit der von Ihnen gewählten Apotheke statt.

Ich bin über die anfallenden Kosten informiert und darüber aufgeklärt, dass keine Abrechnung dieser Kosten über die gesetzliche Krankenversicherung möglich ist.
Ich erkläre mich bereit, diese Kosten selbst zu tragen.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Reise-Impfberatung

NAME: _____ VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

PLZ: _____ ORT: _____

STRASSE: _____

TELEFON: _____

BERUF: _____

REISEDATEN:

Reiseländer	ANKUNFT			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr						

Reisebedingungen:

1. Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren (Motels, Campingurlaub).
2. Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards).
3. Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards).

Badeurlaub Sporturlaub / Sportart:

Rundreise Trekking-Tour / Höhe:

- Geschäftsreise Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Anamnese:

	Ja	Nein
1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besteht eine andere Allergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche _____		
4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden/Litten Sie an einer chronischen Krankheit und/oder bösartigen Erkrankung? Wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja welche? _____ _____ _____		
9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja welche? _____		
10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift