

PRAXIS AM GERADEN WEG

Geraden Weg 15
Tel. 0234/850202 Fax 0234/850029

Dr. med. Thomas Möller Facharzt für Allgemeinmedizin und
Betriebsmedizin, Reisemedizin
Gelbfieberimpfstelle No. 394
Eva Maria Purat Fachärztin für Allgemeinmedizin
Dr. med. Stephanie Goldhammer Fachärztin für Allgemeinmedizin
Notfall- u. Palliativmedizin

Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen Reisemedizin

Patient
Name Vorname geb.

Anschrift:.....
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat):..... E-Mail:.....

Mobil:..... Beruf:.....

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen :

Impfberatung:	ja__	nein__
Reisemedizinische Beratung:	ja__	nein__
Gelbfieberimpfung:	ja__	nein__

Die Reisemedizinische Beratung sowie Reiseimpfungen sind keine Regelleistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Ein Erstattungsanspruch besteht nicht. Daher sind die anfallenden Kosten hierfür selbst zu tragen. Eine eventuelle Kostenerstattung durch Krankenkassen oder Arbeitgeber ist unabhängig hiervon selbst zu klären.
Nachfolgend erkläre ich mich mit der Erstattung der anfallenden Kosten gemäß GOÄ einverstanden.

Die **zusätzlich anfallenden Kosten für Impfstoffe** werden gesondert nach aktuellen Apothekenverkaufspreis berechnet.

Gelbfieberimpfung incl. Impfstoff und Bescheinigung: 76.09 Euro
Änderung vorbehalten: Aktuelle Kosten für incl. Impfstoff werden nach aktuellen Apothekerpreis berechnet.

Ausführliche Impfberatung und reisemedizinische Beratung: 40.23 Euro (Z34)
bei zeitaufwendigeren Beratungen wird Ziffer 34 mit Faktor 3.5 berechnet 61.21 Euro (Z34)

Kurze Beratung (einschließlich Inspektion der Impfstelle)
(z.B. Durchsicht von Impfausweisen von Familienmitgliedern oder vor nur einer Impfung oder nur Malariaprophylaxe) 10.72 Euro (Z1)

Impfung am jeweiligen Impftag: 10,72 Euro (Z375)

Parallelimpfung je Impfung: 6,70 Euro (Z377)

Ausstellen eines neuen Impfausweises 2,33 Euro (Z:70)

Diese Leistungen sind umsatzsteuerbefreit nach §4 Nr. 14 UStG

Meinen Impfpass und alle Nachweise über bereits durchgeführte Impfungen werde ich zum Termin mitbringen.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten _____