



Praxis - Information
für unsere Patienten

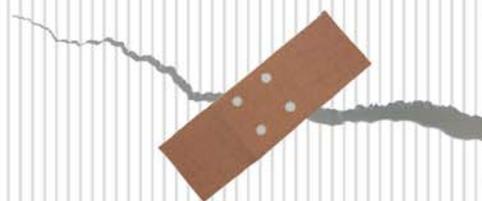
Medizinische Reiseberatung und Schutzimpfungen



ute ritzenhöfer
dr. manfred fischer
ärzte für allgemeinmedizin

Praxis - Information
für unsere Patienten

INDIVIDUELLE GESUNDHEITSL EISTUNGEN



ute ritzenhöfer
dr. manfred fischer
ärzte für allgemeinmedizin

56237 nauort - ringstraße 18

fon 0 26 01 / 20 25 - fax 0 26 01 / 31 53

Zur Durchführung Ihrer persönlichen "medizinischen Reiseberatung" benötigen wir einige Informationen!

Name: geplante Aktivitäten am Reiseziel (Segeln, Tauchen, Trekking, Reiten etc.):
 Geburtsdatum:
 Reiseland / -ziel:
 Reisezeit:
 Womit reisen Sie (Bahn, Flugzeug, Auto)?
 Haben Sie einen Impfausweis? JA / NEIN
 Gibt es persönliche Leistungseinschränkungen?

Unterschrift



Medizinische Reiseberatung und Schutzimpfungen



In einer Zeit der schnellen Fortbewegung reisen wir häufiger, schneller und weiter. Wir suchen Abwechslung und Abenteuer und dringen so in fremde Welten ein, wo uns gesundheitliche Risiken erwarten, auf die wir vorbereitet sein sollten.

Wenn Sie eine Reise planen, informieren wir Sie gerne ausführlich über mögliche persönliche gesundheitliche Risiken, die nur Ihrem Arzt bekannt sind, sowie vorgeschriebene oder empfohlene Schutzimpfungen und ob gegebenenfalls Einreisebestimmungen für Ihr Urlaubsland gelten.

Sprechen Sie uns auf eine persönliche reisemedizinische Beratung und eventuelle Schutzimpfungen an. So minimieren Sie das Risiko, auf Ihrer Reise zu erkranken und können ungetrübte Urlaubstage genießen.

Medizinische Reiseberatung und / oder Impfungen sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Gebühr für Beratung und eventuelle Schutzimpfungen folgt der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Medizinische Reiseberatung und Schutzimpfungen

• Beratung	€ 20,00
• Injektion	€ 11,00
• Zusatzinjektion	€ 6,70
• schriftliche Information	€ 6,10
	<hr/>
	€ 43,80

Erste Hilfe Tasche

• Überprüfung	€ 7,00
---------------	--------



Preise Stand 01.07.2001 - Änderung vorbehalten



ERKLÄRUNG über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Ich, Name, Vorname , wünsche die

Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen:

.....
.....
.....
Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenbeteiligung habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift