



REISEIMPFBERATUNG

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

um Ihre Reiseimpfungen und eine evtl. erforderliche Malariaprophylaxe besser koordinieren zu können, geben sie dieses Blatt bitte sobald wie möglich ausgefüllt und unterschrieben zurück. Denken Sie auch an Ihren **Impfpass**, den wir ebenfalls zwingend benötigen.

NAME: _____

WOHIN GEHT DIE REISE? _____

WOHIN GENAU (LANDESTEIL)? _____

REISEBEGINN: _____

ART DER REISE: _____

- Badeurlaub
- Trecking
- Geschäftsreise
- Engesoziale Kontakte
- Langzeitaufenthalt

BESONDERE RISIKEN: _____

- Chronische Lungenerkrankung
- Chronische Herzerkrankung
- Sonstiges:

Bitte beachten Sie: Unsere Beratung und die Durchführung einzelner Impfungen geschehen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern müssen privat bezahlt werden.

Da wir Ihren Impfplan bereits vor dem vereinbarten Termin erstellen, fallen die Kosten auch bei Nichterscheinen zum Termin oder bei Nichtantreten der Reise an.

Die Kosten für die Reiseimpfungen müssen ebenfalls selbst getragen werden, Sie können aber eine Rückerstattung bei Ihrer Krankenkasse beantragen.

Ich habe die obenstehenden Informationen zur Kostenübernahme zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____