

Reise-Impfberatung

Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____

Beruf: _____

Im Witthausfeld 30 | 32602 Vlotho
 Fon 0 57 33 - 87 84 98 | Fax 0 57 33 - 87 84 99
info@praxis-dr-schaeffler.com | www.praxis-dr-schaeffler.com

Geburtsdatum: _____

Reisedaten

Reise-Länder	Ankunft			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr:						

Reisebedingungen

- Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)
- 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)
- Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

Art der Reise

- ☐ Badeurlaub ☐ Sporturlaub (Sportart.....)
☐ Rundreise ☐ Trekking-Tour (Höhe.....)
☐ Geschäftsreise ☐ Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Anamnese

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | ☐ | ☐ |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit? | ☐ | ☐ |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche? | ☐ | ☐ |
| _____ | | |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? | ☐ | ☐ |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt? | ☐ | ☐ |
| 6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden? | ☐ | ☐ |
| 7. Leiden/Litten Sie an einer
• chronischen Krankheit?
• einer bösartigen Erkrankung?
Wenn ja, welche? | ☐ | ☐ |
| _____ | | |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? | ☐ | ☐ |
| _____ | | |

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10. Sind Sie Infektionsanfällig? | ☐ | ☐ |
| 11. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche? | ☐ | ☐ |
| _____ | | |
| 12. Bei Frauen:
Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant? | ☐ | ☐ |
| 13. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit. | | |

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum

Unterschrift des Reisenden

Impfplan für die Reise nach _____

Name: _____ Vorname: _____

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieben	Impfung gegen	Grundimmunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche Impfungen	Impfplan			
					1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
		ja	nein		Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
☐	Tetanus	☐	☐					
☐	Diphtherie	☐	☐					
☐	Polio	☐	☐					
☐	Pertussis	☐	☐					
☐	Masern	☐	☐					
☐	Gelbfieber*	☐	☐					
☐	Hepatitis A	☐	☐					
☐	Hepatitis B	☐	☐					
☐	Hepatitis A+B	☐	☐					
☐	Typhus	☐	☐					
☐	Tollwut	☐	☐					
☐	Meningokokken	☐	☐					
☐	Cholera	☐	☐					
☐	Jap. Enzephalitis	☐	☐					
☐	FSME	☐	☐					
☐	Grippe	☐	☐					
☐	Pneumokokken	☐	☐					
☐		☐	☐					

* Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

Anmerkungen _____

☐	Malaria-Prophylaxe	☐ Expositionsprophylaxe	☐ Chemoprophylaxe mit _____	☐ Standby-Medikation _____
--------------------------	--------------------	--	--	---

Anmerkungen _____



Im Witthausfeld 30 | 32602 Vlotho
Fon 0 57 33 - 87 84 98 | Fax 0 57 33 - 87 84 99
info@praxis-dr-schaeffler.com | www.praxis-dr-schaeffler.com

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Anmeldung möchte ich Sie bitten, die folgenden Zeilen auszufüllen und die Vereinbarungen gründlich durchzulesen und zu unterzeichnen.

Bitte die zutreffenden Punkte ankreuzen. ☒

Anmeldung -Privat

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel: _____ Fax: _____ Mobil: _____

Email-Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfe: ja/nein

Beruf: _____

Hausarzt: _____ Medikamente: _____

Vereinbarung

In meiner Praxis werden Termine nur nach Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine auch ausschließlich nur für Sie reserviert.

Deshalb bitte ich Sie, bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Ich möchte Sie hiermit höflichst darauf hinweisen, dass einige meiner Diagnostik- und Behandlungsmethoden von der Schulmedizin bisher noch nicht „wissenschaftlich“ anerkannt und daher auch nicht Bestandteil der ärztlichen Gebührenordnung sind und deshalb z.T. analog bewertet und abgerechnet werden müssen. Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert, die über das „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Dennoch erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle. Wegen des hohen Zeitaufwandes in der ganzheitlichen Medizin werde ich teilweise den 3,5-fachen Gebührensatz berechnen müssen.

Bitte beachten Sie, dass der erstattungsfähige Satz in der Regel nur der 2,3-fache ist.

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Vereinbarung zur Erstellung eines Lichtbildes zum Einpflegen in die Patientenakte

☐ Da ich ein sehr visueller Mensch bin und bei mir die chinesische Gesichtsdia­gnose als zusätzliches ganzheitliches diagnostisches Verfahren eine Rolle spielt, würde ich gerne ein Foto Ihres Gesichts machen, das natürlich vertraulich behandelt wird und nur zum Einpflegen in Ihre Patientenakte dient.

Ich würde mich sehr freuen und Sie würden meine Arbeit dadurch sehr erleichtern, wenn dies möglich wäre!

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Vereinbarung Kontakt per E-Mail & WhatsApp

☐ Hiermit erlaube ich der Praxis Dr. Miriam Schäffler, mit mir per E-Mail/per WhatsApp zu kommunizieren, auch wenn dies keine gesicherten Verbindungen sind.

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Einverständniserklärung Privatliquidation per E-Mail

☐ Hiermit erklären Sie sich mit der Zusendung Ihrer Privatrechnung an unten aufgeführte E-Mail-Adresse einverstanden.

Datum _____

Unterschrift _____

Patient(in)

Dr .M. Schäffler