

**Anamnese**

<b>Geburtsjahr:</b>   
---------------------------------

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Reisepläne?: \_\_\_\_\_

Reise wohin? : \_\_\_\_\_

Reise wie lange? : \_\_\_\_\_

Reisestil?: \_\_\_\_\_

Reise allein/ in Gruppe? \_\_\_\_\_

Kinderwunsch/Kontakt zu Säuglingen/Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

UE auf vorherige Impfungen: \_\_\_\_\_

Allergien (z. B. Hühnereiweiß): \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, CLD): \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikation: \_\_\_\_\_

Immundefekt  
(angeboren/erworben/medikamentös): \_\_\_\_\_

Krampfanfälle, besondere psychische Leiden \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen, Schuppenflechte (Psoriasis) \_\_\_\_\_

Sonstige Besonderheiten (z. B. Gerinnungsstörung, Dialyse, Transplantation, Asplenie): \_\_\_\_\_

Durchgemachte Erkrankungen (z.B. Meningitis) \_\_\_\_\_

**Malariamedikation:**

Chloroquin (Resochin® u.a.) Dosierung:  
( 1 = vorbeugende Medikation, 2 = Standby-Medikation )

Mefloquin (Lariam®) Dosierung:

Atovaquon/Proguanil (Malarone®) Dosierung:  
( 1 = vorbeugende Medikation, 2 = Standby-Medikation )

Andere Malariamedikation \_\_\_\_\_ Dosierung:

**Persönlicher Impfplan**

Erkrankung	1.Impfung	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Auffrischung empfohlen
Hepatitis A								
Hepatitis B								
Tetanus								
Diphtherie								
Pertussis								
Polio								
Masern								
Mumps								
Röteln								
Varizellen								
HPV								
Virusgrippe								
Pneumokokken								
FSME								
Tollwut								
Typhus								
Meningokokken								
Gelbfieber								
Cholera								
Japan Encephalitis								
TBC								

Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und Antworten zu erhalten. Ich stimme den o.g. Impfungen/ der Malariavorsorge zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift/Stempel Arzt

### Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr. , PLZ, Wohnort

Ich wünsche durch \_\_\_\_\_ (Name des Arztes/Praxisstempel)

die privatärztliche Behandlung mit folgenden individuellen Gesundheitsleistungen, für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt:

Leistung	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag Euro
Reiseimpfberatung	3		20,10€
1. Impfung	375		10,72€

jede weitere Impfung 377 6,69€  
Die Gesamtkosten betragen 20,60 Euro.

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können.

Die Arztrechnung ist mit den oben angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt