

# Reisemedizinische Beratung

für \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

<b>Zielland/ -länder</b>  (bitte nach Möglichkeit genaue Angabe von bereisten Provinzen, Regionen und Städten)	_____ _____ _____ _____
--	----------------------------------

## Art der Reise

- Rucksack-/ Abenteuerreise
- ggf. mit Aufenthalt im Outdoor/ Outback- Bereich
- Aufenthalt ausschließlich am Strand und/ oder im Hotel
- Städtereise
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Reisetermine

Beginn am \_\_\_\_\_ Ende am \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien gegenüber Medikamenten, Impfstoffen oder Hühnereiweiß?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?

nein  ja

Bestanden in den letzten 14 Tagen Anzeichen für eine akute Erkrankung?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Abwehr- oder Immunsystems?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein  ja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 12 Wochen Impfungen oder Serumgaben (Immunglobuline) erhalten?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Ihr Körpergewicht in kg \_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie Ihren Impfausweis bei !**

**Einen Termin zum anschließenden Beratungsgespräch habe ich vereinbart für:**

# Honorarvereinbarung – für gesetzlich versicherte Patienten

Ich bestätige, daß ich bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert bin und erkläre hiermit, durch Herrn Dr. Görlach, sowie in seiner Praxis angestellte Ärzte, Privatleistungen in Anspruch nehmen zu wollen.

Diese Erklärung bezieht sich auf die folgenden Leistungen:

Leistung	Ziffern nach GOÄ	Kosten pro Behandlung
medizinische Reiseberatung, Erstellung eines Impfplanes, Internetrecherche, Zusammenstellung von Informationsmaterial bzgl. länderspezifischer Gesundheitsrisiken und Schutzmaßnahmen, für 1 Reiseland	a33	35,- Euro
jedes weitere Reiseland zuzüglich je	a33	10,- Euro
je Reiseimpfung	375	10,72 Euro, zzgl. Kosten für Impfstoffe

Es ist mir bekannt, daß meine Krankenversicherung eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen. Das gilt auch für naturheilkundliche Behandlung und Diagnostik, die wissenschaftlich noch nicht allgemein anerkannt ist.

Ich weiß, daß die Behandlung nicht erstattungsfähig ist, und daß die Kosten von mir selbst zu tragen sind.

Die Abrechnung erfolgt gemäß der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der gültigen Fassung, ggf. auch unter Anwendung sog. Analogziffern zur GOÄ für Leistungsinhalte, die in der GOÄ selbst nicht definiert sind.

Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Wuppertal, den

---

Unterschrift

## Wichtige Information über unser Ausfallhonorar

Wir möchten uns Zeit für Sie und Ihre individuelle Betreuung nehmen. Das klappt nur, wenn wir Ihre Behandlungszeit gut planen können. Deshalb arbeiten wir mit einem Terminbestellsystem. Ein vereinbarter Termin ist dann in individueller und ausreichender Länge jeweils ausschließlich für Sie reserviert.

Wir versichern Ihnen, alles zu tun, um Wartezeiten möglichst kurz zu halten. Allerdings sind wir hierbei auch auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie folgende Punkte:

1. Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie dringend um Terminabsage bis spätestens 24 Stunden vorher, damit andere Patienten nachrücken können.
2. **Bitte beachten Sie unsere Regelung zum Ausfallhonorar:**  
**Bei Terminabsagen, die nicht bis spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn erfolgen, müssen wir Ihnen das Honorar, das angefallen wäre, dennoch in Rechnung stellen, unabhängig davon, aus welchem Grunde Sie nicht kommen können (also auch z. B. bei Überschneidungen mit anderen Terminen, akuter Erkrankung, Autopanne, etc..)**  
**Für Termine nach Wochenenden, Feiertagen und Urlaubstagen verlängern sich diese Fristen entsprechend.**

Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß wir nach langjähriger Erfahrung nur so unsere zeitintensive Beratung und moderaten Honorare halten können.

Obige Information habe ich verstanden und akzeptiert.

**Insbesondere die Regelung bzgl. eines möglichen Ausfallhonorares habe ich verstanden und wie oben beschrieben akzeptiert.**

Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Wuppertal, den

---

Unterschrift

# Honorarvereinbarung – für gesetzlich versicherte Patienten

Ich bestätige, daß ich bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert bin und erkläre hiermit, durch Herrn Dr. Görlach, sowie in seiner Praxis angestellte Ärzte, Privatleistungen in Anspruch nehmen zu wollen.

Diese Erklärung bezieht sich auf die folgenden Leistungen:

Leistung	Ziffern nach GOÄ	Kosten pro Behandlung
<i>medizinische Reiseberatung, Erstellung eines Impfplanes, Internetrecherche, Zusammenstellung von Informationsmaterial bzgl. länderspezifischer Gesundheitsrisiken und Schutzmaßnahmen, für 1 Reiseland</i>	<i>a33</i>	<i>35,- Euro</i>
<i>jedes weitere Reiseland zuzüglich je</i>	<i>a33</i>	<i>10,- Euro</i>
<i>je Reiseimpfung</i>	<i>375</i>	<i>10,72 Euro, zzgl. Kosten für Impfstoffe</i>

Es ist mir bekannt, daß meine Krankenversicherung eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen. Das gilt auch für naturheilkundliche Behandlung und Diagnostik, die wissenschaftlich noch nicht allgemein anerkannt ist.

Ich weiß, daß die Behandlung nicht erstattungsfähig ist, und daß die Kosten von mir selbst zu tragen sind.

Die Abrechnung erfolgt gemäß der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der gültigen Fassung, ggf. auch unter Anwendung sog. Analogziffern zur GOÄ für Leistungsinhalte, die in der GOÄ selbst nicht definiert sind.

Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Wuppertal, den

---

Unterschrift

## Wichtige Information über unser Ausfallhonorar

Wir möchten uns Zeit für Sie und Ihre individuelle Betreuung nehmen. Das klappt nur, wenn wir Ihre Behandlungszeit gut planen können. Deshalb arbeiten wir mit einem Terminbestellsystem. Ein vereinbarter Termin ist dann in individueller und ausreichender Länge jeweils ausschließlich für Sie reserviert.

Wir versichern Ihnen, alles zu tun, um Wartezeiten möglichst kurz zu halten. Allerdings sind wir hierbei auch auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie folgende Punkte:

3. Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie dringend um Terminabsage bis spätestens 24 Stunden vorher, damit andere Patienten nachrücken können.

4. **Bitte beachten Sie unsere Regelung zum Ausfallhonorar:**

**Bei Terminabsagen, die nicht bis spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn erfolgen, müssen wir Ihnen das Honorar, das angefallen wäre, dennoch in Rechnung stellen, unabhängig davon, aus welchem Grunde Sie nicht kommen können (also auch z. B. bei Überschneidungen mit anderen Terminen, akuter Erkrankung, Autopanne, etc..)**

**Für Termine nach Wochenenden, Feier- und Urlaubstagen verlängern sich diese Fristen entsprechend.**

Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß wir nach langjähriger Erfahrung nur so unsere zeitintensive Beratung und moderaten Honorare halten können.

Obige Information habe ich verstanden und akzeptiert.

**Insbesondere die Regelung bzgl. eines möglichen Ausfallhonorares habe ich verstanden und wie oben beschrieben akzeptiert.**

Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Wuppertal, den

---

Unterschrift