PRAXIS AM GERADEN WEG
Am Geraden Weg 15 ,44805 Bochum
Tel. 0234/850201 Fax 0234/850029

Dr. med. Thomas Möller **Facharzt für Allgemeinmedizin**
Betriebsmedizin Reisemedizin
Gelbfieberimpfstelle No. 394
Eva Maria Purat **Fachärztin f. Allgemeinmedizin**

Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen Reisemedizin

Patient .....
Name Vorname geb.

Anschrift:.....
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat):..... **E-Mail:**.....

Mobil:..... **Beruf:**.....

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen :

Reiseimpfungen:	**ja___**	**nein___**
Impfberatung:	**ja___**	**nein___**
Reisemedizinische Beratung:	**ja___**	**nein___**
Ärztliche Bescheinigung:	**ja___**	**nein___**
Gelbfieberimpfung:	**ja___**	**nein___**

Die Reisemedizinische Beratung sowie Reiseimpfungen sind keine Regelleistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Ein Erstattungsanspruch besteht nicht. Daher sind die anfallenden Kosten hierfür selbst zu tragen. Eine eventuelle Kostenerstattung durch Krankenversicherungen oder Arbeitgeber ist unabhängig hiervon selbst zu klären.
Nachfolgend erkläre ich mich mit der Erstattung der anfallenden Kosten gemäß GOÄ einverstanden.

Die **zusätzlich anfallenden Kosten für Impfstoffe** werden gesondert nach aktuellen Apothekenverkaufpsreis berechnet.

Gelbfieberimpfung incl. Impfstoff und Bescheinigung: Änderung vorbehalten: Aktuelle Kosten für <u>incl. Impfstoff</u> werden nach aktuellen Apothekerpreis berechnet.	76.09 Euro
Reisemedizinische Impfung: (Erste Impfung incl. Beratung)	21,46 Euro
Jede weitere Zusatzimpfung:	10,73 Euro
Umfassende Impfberatung: (Reiseimpfplanung)	30,60 Euro
zzgl. je Impfung:	10,73 Euro
Reisemedizinische Beratung: (Umfassende Reise- und Impfberatung)	61,20 Euro
zzgl. je Impfung:	10,73 Euro
Attestgebühren:	17,43 Euro
Attestgebühren Reiserücktrittversicherung:	40,22 Euro

Diese Leistungen sind umsatzsteuerbefreit nach §4 Nr. 14 UStG

Meinen Impfpass und alle Nachweise über bereits durchgeführte Impfungen werde ich zum Termin mitbringen. Die Dokumentation aller Impfungen erfolgt in einem internationalen Impfpass, den ich ich bei Bedarf zusätzlich erhalte.

Datum:_____ Unterschrift des Patienten_____