

**Fragebogen für reisemedizinische Beratung**

Name:  Vorname:  Geb.-datum:

**Reisedaten**

Reiseländer	Ankunft	Reisebedingungen*	Abreise
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Zutreffendes einfügen: **1** = Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Individualreise mit Unterkunft in Hotel oder Camping); **2** = Aufenthalt in Städten bzw. Touristenzentren mit organisierten Ausflügen oder Rundreisen ins Landesinnere; **3** = Aufenthalt ausschließlich in Großstädten & Touristenzentren

**Anamnese**

Hat Ihr Kind schon einmal allergisch auf einen Impfstoff reagiert? Ja  Nein

Haben Sie schon einmal bei einem anderen Arzt als unserer Praxis Impfungen durchführen lassen? Wenn ja, welche?

**Wichtiger Hinweis:**

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen werden von der gesetzlichen Krankenkasse nicht regelhaft übernommen. Sondervereinbarungen erfragen Sie bitte bei Ihrer Krankenkasse.

Hiermit bestätige Ich, dass ich über die im Rahmen der reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (Beratung/Impfleistung/Impfstoffe) informiert wurde und bin mit der privaten Kostenübernahme unabhängig von einer Erstattung durch die Krankenkasse einverstanden.

Falls nur ein/e Erziehungsberechtigte/r unterschreibt, wird durch die Unterschrift bestätigt, dass die Zustimmung des nicht anwesenden Erziehungsberechtigten gegeben ist.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter des Kindes (ggf. i.V.) bzw. Vater des Kindes (ggf. i.V.)