



Hausarztzentrum

Aachen-Forst

Trierer Str. 67
52078 Aachen

Telefon: 0241 / 5570630
Web: www.haz-ac.de
Mail: info@haz-ac.de

Anmeldung zur Reisemedizinischen Beratung

Bitte ausfüllen und, wenn möglich, bitte mindestens **3 Tage** vor ihrem Beratungstermin abgeben.

Name: _____ Vorname: _____

Alter: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Reiseziel/-route: _____

Reisezeit: vom: _____ bis: _____

Reisekriterien: ☐ Hotel ☐ Sonnenbaden ☐ Safari ☐ Trekking ☐ Rundreise ☐ Gerätetauchen

☐ enger Kontakt mit der Bevölkerung ☐ einfache Unterkunft ☐ privat ☐ dienstlich

☐ sonstiges: _____

Frühere Erkrankungen: ☐ Masern ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B

Allergien/Unverträglichkeiten: ☐ nein ☐ ja ☐ Hühnereiweiß ☐ Impfstoffe ☐ Malariamedikamente

Aktuelle Krankheiten: ☐ ich bin gesund, keine Beschwerden ☐ ich habe folgende Beschwerden

Chronische Erkrankungen / Besonderheiten:

☐ nein ☐ ja: _____

☐ Diabetes mellitus ☐ Porphyrie oder andere Stoffwechselerkrankungen ☐ Nierenschaden

☐ Leberschaden ☐ psychische Störungen ☐ Epilepsie ☐ Nervenkrankheiten ☐ Myasthenie

☐ Psoriasis ☐ Sonnenallergie/schnell Sonnenbrand/Lichtreaktionen ☐ Krampfadern/Thrombosen (auch in der Familie) ☐ Schwangerschaft ☐ Stillen ☐ aktueller Kinderwunsch ☐ Verhütungsmittel (Pille)

☐ Neigung zu Scheidenpilzinfektionen ☐ Brillengläser aus Kunststoff

Einnahme von Medikamenten: ☐ keine ☐ ich nehme: _____

Impfungen: ☐ Impfausweis nicht vorhanden ☐ Impfausweis vorhanden (**bitte zum Beratungstermin unbedingt mitbringen**)

Unabhängig vom Versichertenstatus berechnen wir für die reisemedizinische Beratung eine Gebühr analog GOÄ-Ziffer 34 (1,1 bis 3,4-facher Satz je nach Aufwand) 20€ bis 60€. Die meisten Privatversicherungen erstatten diese Gebühr. Sie erhalten eine Rechnung, die Sie bei Ihrer Krankenkasse einreichen können. Die notwendigen Reiseimpfungen werden von den privaten Krankenkassen und vielen gesetzlichen Krankenkassen in der Regel erstattet.

Ich weiß, dass der o.g. Betrag von mir selbst zu tragen ist. Die Leistungen sind am gleichen Tag bar zu zahlen oder per EC-Karte zu begleichen.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in