Hausärzte am Kaiserteich
Fachärzte für Innere Medizin
Reichsstraße 59
40217 Düsseldorf
info@hausaerzte-am-kaiserteich.de
Telefon: 0211-95776900

Reisemedizinischer Fragebogen für eine Beratung bei

***Dr. Boerner: O** (bitte ankreuzen)* ***Fr. Wiebusch: O** (bitte ankreuzen)* ***Hr. Hassel: O** (bitte ankreuzen)*
***Hr. Thundiyil: O** (bitte ankreuzen)* ***Fr. Dr. Tilmann: O** (bitte ankreuzen)*

Name: ..... geboren am: .....
Straße: ……. Wohnort: ……..
Telefonnummer/Emailadresse: ……..
Reisedauer von: ..... bis: .....
Reiseländer: 1. ..... 2. ..... 3. .....

Reisebedingungen (bitte ankreuzen):
1. Aufenthalt in ländlichen Gebieten; Individualreisen ins Landesinnere
2. Aufenthalt in Städten; organisierte Ausflüge ins Landesinnere
3. Aufenthalt nur in Großstädten oder Touristenzentren

Rauchen Sie?	Nein	Ja wie viele?
Flugangst?	Nein	Ja
Allergien?	Nein:	Ja welche?
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?	Nein:	Ja

Letzten durchgeführten Impfungen mit Datum laut Impfpass (falls Impfpass noch nicht in der Praxis vorliegt, **als Kopie zuschicken/mailen**):……
……..
Vorerkrankungen: Dauer-Medikamente:
1. ..... 1. .....
2. ..... 2. .....
3. ..... 3. .....
Mitreisende: Alter:
1. ..... 2. .....

weitere Fragen? .....

Bitte füllen Sie den Bogen komplett aus und faxen oder mailen Ihn spätestens bis 2 Werktage vor Ihrer reisemedizinischen Gesundheitsberatung ***zusammen mit Kopie vom Impfpass*** an: 0211- 95776911
Bitte unbedingt Ihren **IMPFPASS** zur Beratung mitbringen !!!
Die reisemedizinische Gesundheitsberatung kostet je nach Zeitaufwand zw. **45€ und 60€** inklusive individuellem Reise-Informationsmaterial und dauert je nach Aufwand ca. 20-50 Minuten. Für jeden weiteren Mitreisenden 25€. Bei gleichzeitiger Durchführung einer Gelbfieberimpfung erhöhen sich die Gesamtkosten um70€ inklusive des Impfstoffes Stamaril®. Diese Kosten werden von den Krankenkassen in der Regel nicht übernommen und sind am Tag der Beratung in bar oder per EC Karte zu bezahlen. Für eventuelle durchzuführende weitere Impfungen können zusätzliche Kosten in Höhe von 5 - 10€ pro Impfung entstehen.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit oben genannten Bedingungen einverstanden bin.

Ort/Datum:..... Unterschrift:.....