

---

## Reise Anamnesebogen

Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?                       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit?  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Besteht eine Unverträglichkeit gegen Impfungen?        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen durchgeführt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind Sie schwanger?                                    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Planen Sie in nächster Zeit Schwanger zu werden?       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

### Angaben zur Reise

Reiseziel / Zwischenstopp \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reisebeginn \_\_\_\_\_

Aufenthaltsdauer \_\_\_\_\_

Reisebedingung (Erläuterung s.u.) \_\_\_\_\_

#### Reisebedingung 1:

Reise durch das Landesinnere unter einfachen Bedingungen (Rucksack- /Trecking- /Individualreise) mit einfachen Quartieren/Hotels; Camping-Reisen, Langzeitaufenthalte, praktische Tätigkeit im Gesundheits- o. Sozialwesen, enger Kontakt zur einheimischen Bevölkerung wahrscheinlich

#### Reisebedingung 2:

Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants mittleren bis gehobenen Standards)

#### Reisebedingung 3:

Aufenthalt ausschließlich in Großstädten oder Touristikzentren (Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants gehobenen bzw. europäischen Standards)

**Dr. med. Uwe Schubart**  
**Dr. med. Gertraud Lückhoff**  
**Dr. med. Jens Lörsch**  
**Konstantin Ullrich**  
**Dr. med. univ Christian Hammel** (angest. Arzt)  
**Katharina Lössl** (angest. Ärztin)  
Fachärzte für Allgemein- und Innere Medizin

**Praxis Vilsheim**  
Mühlenweg 1  
84186 Vilsheim  
Tel.: 08706 941094

**Praxis Altfraunhofen**  
Rathausplatz 2  
84169 Altfraunhofen  
Tel.: 08706 941094

E-Mail: info@hausarztpraxis-va.de

---

## Kosten gemäß GOÄ

- Reiseberatung (GOÄ Nr.3) 20,11 EUR
- pro Reiseimpfung i.m./s.c. (GOÄ Nr. 375) 10,72 EUR zzgl. Impfstoffkosten
- parallele Reiseimpfung i.m./s.c. (GOÄ Nr. 377) 6,70 EUR zzgl. Impfstoffkosten
- ausführliches Informationsmaterial (GOÄ Nr. 75) 17,43 EUR

Die zzgl. anfallenden Kosten für die jeweiligen Impfstoffe teilen wir Ihnen je nach Impfplan mit.

## Hinweis

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgenommen. Hiermit bestätige ich, (Patientenname) ..... über die im Rahmen von mir gewünschten Kosten (Beratung und Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

---

Datum/Unterschrift Patient

## Einwilligung zur Datenübermittlung per E-Mail

(Datenübermittlung per E-Mail nach Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Um persönliche Gesundheitsdaten mit Ihnen per Email auszutauschen benötigen wir folgende Einwilligung:

Mir (Patientenname) ....., ist bekannt, dass die Datenversendung auf dem elektronischen Postweg (E-Mail) in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden.

In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich der Hausarztpraxis Vilsheim-Altfraunhofen hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten mit Bezug auf meine Person per E-Mail ohne weitere Sicherungsmaßnahmen an mich, oder andere von mir nachweislich bevollmächtigte Personen zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen. Ohne mein Einverständnis müsste der Datenversand auf dem herkömmlichen Postweg erfolgen oder gänzlich unterbleiben.

Meine Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an info@hausarztpraxis-va.de oder per Fax an 08706-941091 übermittelt werden kann.

---

Datum/Unterschrift Patient