



Datum:

Reiseimpfberatung

Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Reiseziel:

☐ Rucksack- ☐ Hotelurlaub

Reisedatum:

Reisedauer:

Kostenaufstellung nach GOÄ

| Leistung | GOÄ-Nr. | Faktor | Euro |
|---|---------|--------|---------|
| Reiseimpfberatung | 1 | 3,22 | 15,00 € |
| Individueller Reise- und Impfplan | 70 | 2,15 | 5,00 € |
| Untersuchung zur Feststellung der Impffähigkeit | 5 | 1,07 | 5,00 € |
| Kosten für die Impfleistung (je Impfung) | 375 | 1,07 | 5,00 € |

Sie erhalten von uns ein Privatrezept über den jeweils notwendigen Impfstoff und ggf. Malaria- / Thromboseprophylaxe.

ERKLÄRUNG

über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört und dass die Liquidation auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Datum _____

Unterschrift des Patienten _____

Bitte beachten Sie, dass diese Erklärung und Ihr Impfausweis 5 Tage im Voraus in unserer Praxis vorliegen muss.