



# PRAXIS AM GLOCKENTURM

ALLGEMEINMEDIZIN + INNERE MEDIZIN + KARDIOLOGIE

A. Philipp + Dr. med. E. Philipp, Kellerdamm 4, 26169 Friesoythe

## Alexis Philipp

Facharzt für Innere Medizin  
Facharzt für Kardiologie  
Notfallmedizin

## Dr. med. Eva Philipp

Fachärztin für Allgemeinmedizin  
(Angestellte Ärztin)

Kellerdamm 4  
26169 Friesoythe

Email: [info@praxisglockenturm.de](mailto:info@praxisglockenturm.de)  
[www.praxisglockenturm.de](http://www.praxisglockenturm.de)

Tel.: 04491 – 3259  
Fax: 04491 – 3806

**Hausärztliche Versorgung:** alle Kassen  
**Kardiologie:** Privat und Selbstzahler

### Kosteninformation reisemedizinische Beratung und Fragebogen

Altenoythe, 08.09.2025

**Reisender (Name, Vorname, Geburtsdatum):** \_\_\_\_\_

Die Kosten einer reisemedizinischen Beratung werden in der Regel nicht von den gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung erstattet und müssen – wie die übrigen Reisekosten – vom Reisenden selbst getragen werden. Die Kosten liegen je nach Aufwand bei mindestens 20,11 € für die Beratung, sowie weitere Kosten für die Impfleistung. Die Kosten für die Impfstoffe müssen ebenfalls selbst getragen werden.

#### Beispielhafte Kostenrechnung (exklusive der Kosten für die Impfstoffe)

| Ziffer | Leistung                                         | Wert   | Faktor             | Betrag                                                                            |
|--------|--------------------------------------------------|--------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 3      | Ärztliches Beratungsgespräch (max. 15 Minuten)   | 8,75 € | 2,3<br>(ggf. mehr) | <b>20,11 €</b><br>(bei längerer Beratungsdauer<br>können höhere Kosten entstehen) |
| A1     | Beratung für jedes weitere angrenzende Reiseland | 4,66 € | 2,3                | <b>10,72 €</b>                                                                    |
| 375    | Verabreichung einer Impfung                      | 4,66 € | 2,3                | <b>10,72 €</b>                                                                    |
| 377    | Jede weitere Impfung am gleichen Tag             | 2,91 € | 2,3                | <b>6,70 €</b>                                                                     |
| A76    | Schriftliche Information zum Reiseland           | 4,08 € | 1                  | <b>4,08 €</b>                                                                     |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie darüber aufgeklärt worden sind, dass reisemedizinische Leistungen keine Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind und Sie die Kosten selbst übernehmen werden. Mögliche Kostenerstattungen durch die Krankenkassen sind mit dieser direkt zur klären.

*Bitte beachten Sie, dass der anliegende Dokumentationsbogen spätestens 3 Werktage vor dem Beratungstermin vorliegen muss!*

Ort, Datum      Unterschrift



## Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

**Reisender:**

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Adresse)

### **Reisedaten**

| Reiseländer:              | Ankunft: |       |      | Reisebedingungen: |   |   |
|---------------------------|----------|-------|------|-------------------|---|---|
|                           | Tag      | Monat | Jahr | 1                 | 2 | 3 |
|                           |          |       |      |                   |   |   |
|                           |          |       |      |                   |   |   |
|                           |          |       |      |                   |   |   |
|                           |          |       |      |                   |   |   |
| Rückkehr nach Deutschland |          |       |      |                   |   |   |

### **Reisebedingungen:**

- 1 Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren / Campingurlaub)
- 2 Aufenthalt in Städten od. touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)
- 3 Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

### **Art der Reise:**

- ☐ Badeurlaub      ☐ Sporturlaub (Sportart: .....)
- ☐ Rundreise      ☐ Trekkingtour (Höhe: .....)
- ☐ Geschäftsreise      ☐ Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Reisedauer: ..... Wochen / Monate

### **Anamnese:**

- |                           | ja                    | nein                  |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>1. Allergie gegen:</b> |                       |                       |
| Hühnereiweiß              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sulfonamide               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Antibiotika               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malaria Mittel            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| andere Stoffe             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 2. Frühere Impfunverträglichkeiten:** ☐ ja ☐ nein  
Welche Impfungen: .....

- 3. Bestehen bei Ihnen oder in Ihrer Familie:**
- Nervenleiden od. Epilepsie? ☐ ja ☐ nein

- 4. Leiden Sie an:**
- Krebs ☐ ja ☐ nein
- Leukämie ☐ ja ☐ nein
- Schuppenflechte ☐ ja ☐ nein
- anderen chron. Krankheiten? ☐ ja ☐ nein
- Myasthenie / Thymuserkrankung ☐ ja ☐ nein

- 5. Nehmen Sie Kortison ein?** ☐ ja ☐ nein

- 6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** ☐ ja ☐ nein
- .....
- .....

- 7. Hatten Sie in den letzten 6 Wochen Kontakt zu Personen mit einer Infektionskrankheit?** (Röteln, Windpocken, Masern, Hepatitis A, Scharlach, etc.) ☐ ja ☐ nein

- 8. Besteht eine Schwangerschaft?** ☐ ja ☐ nein

- 9. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?** ☐ ja ☐ nein

- 10. Wenn Sie HIV-positiv sind, so teilen Sie uns das bitte unbedingt mit!**

.....  
Datum / Unterschrift des Reisenden