



# Reiseberatung (erstellt August 2024)

Berlin, den \_\_\_\_\_

DR. SIBYLLE KATZENSTEIN  
PRAXIS für ALLGEMEINMEDIZIN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Reiseziele: \_\_\_\_\_

Start am: \_\_\_\_\_ Rückkehr am: \_\_\_\_\_

- Rucksack / Trekking, Individualreise, einfache Unterkünfte
- organisierte Reisen, Rundreisen, einfache Hotels
- Touristikzentren, große Städte, gehobener Standard

## Individuelle Gesundheitsleistung (Igel-Leistung): Reiseimpfungen

- Kosten für Reiseimpfungen / Reiseberatung werden nicht automatisch von der Krankenkasse erstattet, daher müssen wir Ihnen diese Leistungen privat in Rechnung stellen:

umfassende Beratung (Erstberatung):      **20,11 - 30,60 €**      Impfleistung:      **10,72 €**  
Beratung:      **10,72 €**      Parallelimpfung:      **6,70 €**

- Bitte reichen Sie im Anschluss diese Rechnung sowie auch den Kostennachweis für die Impfstoffe (Apotheke) bei Ihrer Krankenkasse ein, die meisten Kassen erstatten Ihnen alles oder den überwiegenden Anteil der Kosten zurück.

Ich wünsche die oben bezeichneten individuellen Gesundheitsleistungen durch die behandelnde Ärztin in Anspruch zu nehmen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Anamnese:	JA	NEIN
1. Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie chronische Erkrankungen? welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Liegt bei Ihnen eine Immunschwäche vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Besteht eine Allergie gegen Hühnereiweiß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## I m p f t e r m i n e

	<b>Impfung gegen</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>Impfstoff</b>
<input type="checkbox"/>	Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Polio				Boostrix Polio <i>Auffr. alle 10 Jahre</i>
<input type="checkbox"/>	Polio				IPV-Merieux <i>Auffr. alle 10 Jahre</i>
<input type="checkbox"/>	Masern-Mumps-Röteln • 1-2x				M-M-RVaxPro / Priorix
<input type="checkbox"/>	Windpocken / Varizellen • 2x				Varilrix / Varivax
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken • 1x				Apexxnar
<input type="checkbox"/>	Gürtelrose / Zoster • 2x im Abstand von 2 Monaten				Shingrix
<input type="checkbox"/>	HPV • 2-3x, für Jugendliche				Gardasil 9
<input type="checkbox"/>	Covid				Comirnaty u.a.
<input type="checkbox"/>	RSV (respiratory syncytial virus) • 1x <u>keine Kostenübernahme durch die Kassen</u>				Abrysvo / Arexvy
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber • 1x <u>KI + Einreisebestimmungen beachten</u>				Stamaril <i>Schutz für 10 Jahre</i>
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A • 2x, Abstand 6-12 Mo.				Havrix / Vaqta <i>Schutz mind. für 10 J.</i>
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B • 3x, 0-1-6 Monate				Engerix-B / HBVaxPro
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A + B • 3x, 0-1-6 Monate				Twinrix <i>Schutz 15-20 J.</i>
<input type="checkbox"/>	Typhus • 1x				Typhim <i>Schutz 3 Jahre</i>
<input type="checkbox"/>	Denguefieber • 2x, Abstand 3 Monate <u>nach Dengue-Erkrankung in der Vergangenheit</u>				Qdenga
<input type="checkbox"/>	Meningokokken ACWY • 1x				Nimenrix / Menveo
<input type="checkbox"/>	Meningokokken B • 2x, Abstand 1 Monat				Bexsero
<input type="checkbox"/>	Tollwut • 3x, Tag 0-7-21/28				Rabipur / Verorab <i>Auffr. nach Tierbiss</i>
<input type="checkbox"/>	Japanische Enzephalitis • 2x, Tag 0-7				Ixiaro <i>Auffr. nach 1 Jahr</i>
<input type="checkbox"/>	Influenza (Grippe)				<i>jährlich impfen</i>
<input type="checkbox"/>	FSME • 3x, Monat 0-1-12				FSME Immun <i>Auffr. alle 5 J.</i>
<input type="checkbox"/>	Cholera • 1x (Vaxchora) bzw. 2x Tag 0-7 (Dukoral)				Vaxchora / Dukoral