

Honorarvereinbarung über Reisemedizinische Beratung und ggf. Impfung

Name:	Geburtsdatum:
Adresse:	Telefon

Ich wünsche, durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt die folgenden Leistungen gemäß GOÄ in Anspruch zu nehmen:

	GOÄ Ziffer	Faktor	Summe	Anzahl
Beratungsgespräch (pro 10 Minuten)	3	2,3	20,11	1
Körperliche Untersuchung (Impffähigkeit)	5	2,3	10,72	1
Impfung (pro Impfstoff, inkl. Eintragung im Impfpass)	375	2,3	10,72	
Ggf. Parallelimpfung	377	2,3	6,70	

Es ist mir bekannt, dass die reisemedizinische Beratung im Regelfall kein Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen. Ich weiß, dass diese (je nach Versicherung) nicht erstattungsfähig sind und dass der oben vermerkte Betrag zunächst von mir selbst zu tragen ist. Wir empfehlen Ihnen, sich bei Ihrer Krankenversicherung über eine etwaige Erstattung zu informieren.

Im Falle einer Absage 24 Stunden vor dem Termin bzw. bei nicht erscheinen wird die Reiseimpfberatung mit 20,11 Euro in Rechnung gestellt.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient*in