BCRT Reisepraxis GmbH

Gesellschafter: Prof. Dr. med Tomas Jelinek
Berlin, Dresden, Düsseldorf, Frankfurt am Main, Hamburg, Köln, München, Stuttgart

www.bcrt.de

Anmeldungs- und Beratungsbogen

Patientendaten (bitte in Druckschrift ausfüllen)

(Titel) Name, Vorname: _____ Geb.-Datum:_____

Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ und Ort):_____

E-Mail: _____ Telefon-Nr.: _____ Beruf: _____

Reiseziel: _____ Abreisetermin: _____ Reisedauer: _____

Medizinische Daten

Leiden Sie zurzeit an einer akuten oder chronischen Erkrankung? Welche?: _____ ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Welche?: _____ ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie früher eine Nerven- oder Gehirnhautentzündung? Welche?: _____ ☐ ja ☐ nein

Besteht eine Allergie (Überempfindlichkeit) z.B. gegen Hühnereiweiß? ☐ ja ☐ nein

Sind in den letzten vier Wochen Impfungen (inkl. Schluckimpfungen) oder Injektionen erfolgt? ☐ ja ☐ nein

Falls zutreffend: besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Verwaltungsdaten

Ich habe einen Gutschein für eine Reiseberatung: ☐ ja ☐ nein

Ich habe eine schriftliche Kostenübernahme meiner Firma dabei: ☐ ja ☐ nein

Wir erinnern Sie gerne automatisch an eine Auffrischungsimpfung.
Ich möchte einen kostenlosen Erinnerungsbrief erhalten: ☐ ja ☐ nein

☐ Ich willige in die Verarbeitung meiner soeben erhobenen Daten gemäß Datenschutzerklärung ein. Falls relevant: Ich bin damit einverstanden, dass meine bei Anmeldungen im BCRT erhobenen Daten an die BCRT Reisepraxis GmbH übergeben werden.

☐ Die Preisliste ist mir ausgehändigt worden. Ich bin damit einverstanden, dass die am BCRT erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden und in besonders begründeten Einzelfällen eine Steigerung bis maximal zum 3,5-fachen Satz erfolgt.

☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Preise pro Impftermin verstehen und dass die Impfungen im Anschluss vor Ort bezahlt werden müssen. Wir können die Erstattung reisemedizinischer Leistungen durch Ihre Krankenkassen nicht garantieren.

Ich bin bei der "**BKK VBU/BKK mkk**" oder der "**BIG direkt gesund**" versichert: ☐ ja ☐ nein
wenn ja, welche Kasse und Versichertennummer: _____ _____

Datum: _____ Unterschrift: X_____

Erfolgte Leistungen (vom Arzt auszufüllen – Charge per Label oder händisch eintragen)

Leistung	1.	2.	3.	Booster	Leistung	1.	2.	3.	Booster	Chargenaufkleber
Beratung	☐				MenACWY od. MenB	☐	☐			
Cholera	☐				Pneumokokken	☐				
Dengue	☐	☐			Polio	☐	☐	☐	☐	
FSME	☐	☐		☐	Tetanus/Diph.	☐	☐		☐	
Gelbfieber	☐				Tetanus/Diph./Polio	☐	☐		☐	
Grippe	☐				Tetanus/Diph./Pertussis	☐			☐	
Hepatitis A+B	☐	☐	☐	☐	Tetanus/Diph./Pertussis/Polio	☐			☐	
Hepatitis A	☐				Tollwut	☐	☐	☐	☐	
Hepatitis B	☐	☐	☐	☐	Typhus	☐				
Jap.Enzephalitis	☐	☐		☐	Zoster/Gürtelrose	☐				
MMR	☐	☐			Sonstiges: _____	☐	☐	☐	☐	

Unterschrift & Stempel Arzt: _____