Prof. Dr. med. Tomas Jelinek im Hause

REISEPRAXIS BERLIN
Friedrichstraße 134 • 10117 Berlin-Mitte
Telefon: 030-960 60 94-0
E-Mail: contact@bcrt.de
URL: www.bcrt.de

BCRT

Berliner Centrum Reise- und Tropenmedizin

Anmeldungs-/Beratungsbogen

Bitte vor jeder Impfung und Beratung ausfüllen (in Druckschrift) und dem Arzt überreichen!

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Straße, Hausnr.: PLZ: Wohnort:

E-Mail: Telefon: Beruf:

Reiseziel: Abreisetermin: Reisedauer:

	Bitte ankreuzen	ja	nein
Leiden Sie z.Zt. an einer **akuten oder chronischen Erkrankung**?		○	○
Nehmen Sie z.Zt. **Medikamente** ein? Welche?		○	○
Hatten Sie früher eine **Nerven- oder Gehirnhautentzündung**?		○	○
Besteht eine Überempfindlichkeit **(Allergie)** z.B. gegen Hühnereiweiß?		○	○
Sind in den letzten 4 Wochen **Impfungen** (inkl. Schluckimpfungen) oder Injektionen erfolgt?		○	○
Bei Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft**?		○	○
Ich bin damit einverstanden, dass ich **schriftlich** über anstehende Auffrischungsimpfungen informiert werde.		○	○

BITTE BEACHTEN SIE:
Wir können eine Erstattung reisemedizinischer Leistungen durch die Krankenkasse nicht garantieren.
Die ausgewiesenen Preise verstehen sich pro Impftermin.

Datum Unterschrift

Nur vom Arzt auszufüllen! Rechnungsnummer: BM:_____

ERFOLGTE LEISTUNGEN:

	1.	2.	3.	Booster	€
Beratung	○				
Cholera-Impfung	○				
Diphtherie-Impfung	○	○		○	
FSME-Impfung	○	○		○	
Gelbfieber-Impfung	○				
Grippe-Impfung	○				
Hepatitis A/Typhus-Impfung	○			○	
Hepatitis A+B-Impfung	○	○	○	○	
Hepatitis A-Impfung	○			○	
Hepatitis B-Impfung	○	○	○	○	
Impfpass	○				
Jap. Enzephalitis-Impfung	○	○		○	
Sonstiges					

	1.	2.	3.	Booster	€
Masern-Mumps-Röteln-Impfung	○	○			
MenACWY-/MenB-Impfung	○	○			
Pneumokokken-Impfung	○				
Polio-Impfung	○	○	○	○	
Tetanus-Impfung	○	○		○	
Tetanus/Diphtherie-Impfung	○	○		○	
Tet./Diph./Polio-Impfung	○	○		○	
Tet./Diph./Pertussis-Impfung	○			○	
Tet./Diph./Polio/Pertussis-Impfung	○			○	
Tollwut-Impfung	○	○	○	○	
Typhus-Impfung	○				
Zoster/Gürtelrose-Impfung	○				

Umsatzsteuerfreie ärztliche Leistungen:
Steuernummer DE 242 299 533

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich mit einem in Deutschland nicht zugelassenen Impfstoff geimpft wurde und somit die Haftung des Bundeslandes entfällt.

Unterschrift des Arztes

Unterschrift