# Patientenerklärung zur Reisemedizinischen Beratung

**Angaben zur Person**

**Name** _____

**Adresse** _____

**Telefonnummer** _____

**Geburtsdatum** _____

**Krankenkasse** _____

**Ich wünsche die private Behandlung folgender individueller Leistungen, die mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.**

| | | |
|---|---|---|
| **<u>Eingehende Reisemedizinische Beratung:</u>** | | |
| **GOÄ Ziff 3 x Faktor 3,43** | **=>** | **30,00 €** |
| **Zusätzliche Impfung (nicht Gelbfieber)** | | |
| **GOÄ Ziff 375 x Faktor 2,14** | **=>** | **10,00 €** |

**Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistung.**

**Werne, den** _____ _____

**Unterschrift, bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten**