



HAUSARZTPRAXIS DR. WISMANN

Reiseimpfzentrum | Gelbfieberimpfstelle | Sportmedizin

Dr. med. Stephan Wismann

Facharzt für Innere Medizin | Sportmedizin | Fachzertifikat Reisemedizin

Natascha Buurman (Angestellte Ärztin)

Fachärztin für Allgemeinmedizin | Fachärztin für Gefäßchirurgie (Nur Privat)

Reise-Anamnese

Name (name)	
Geburtsdatum (date of birth):	
Adresse (adress):	
Telefonnummer (phone number)	

Reiseziel(-e):

Grund der Reise:
☐ Privat ☐ Beruflich, welche Tätigkeit? <i>(Schriftliche Bestätigung des Arbeitgebers erbeten)</i>
Reisezeit(en):

Reiseweg (Zwischenstopps, Umsteigezeiten, etc.):

Reiseart (Trekking, Safari, Städtetrip, Tauchen, Bergsteigen, Strandurlaub, etc.):
☐ Hotel-/Badeurlaub ☐ Trekking ☐ Langzeitaufenthalte (>4 Wo.) ☐ Enge soziale Kontakt
☐ Sonstige (bitte näher ausführen):

Kontakt mit Risikopersonen (Medizinische Einrichtungen?, größere Gruppen?, etc.):

Allergien oder Unverträglichkeiten: (Insbesondere auf Impfstoffe oder Hühnereiweiß)

Vorerkrankungen (z.B. Herzerkrankungen, Diabetes, etc.) oder ein geschädigtes Immunsystem ?

Impfungen in den letzten 4 Wochen?:
☐ Nein ☐ Ja, gegen was und wann?:
Schwangerschaft aktuell oder geplant?
☐ Ja ☐ Nein
Dauerhafte Medikamente: siehe bitte umliegende Seite; v.a. Immunsuppressiva (Cortison, Rheumamedikation, etc.)

Name, Vorname:

Geb.-Datum:



Hausarztpraxis
Dr. med. Stephan Wismann
Facharzt für Innere Medizin

Medikamentenplan

**BITTE LEGEN SIE EINEN AKTUELLEN BUNDESEINHEITLICHEN
 MEDIKAMENTENPLAN IHRES ARZTES/IHRER ÄRZTIN VOR!**

Sollte dieses nicht möglich sein, können Sie die folgende Tabelle nutzen.
Beachten Sie aber, dass einige Atteste sowie ein WechselwirkungsCheck
damit nicht möglich sein können.

NAME oder WIRKSTOFF (z.B. „RamiLich oder Ramipril“)	DOSIERUNG (z.B. „10mg“)	MORGENS (z.B. „1“)	MITTAGS (z.B. „0“)	ABENDS (z.B. „1/2“)	NACHTS (z.B. „0“)	BEMERKUNG (z.B. „bei Bedarf“)

Sonstige Bemerkungen:

Wichtige Information! Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt sowie nicht an Dritte weitergegeben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit der Datenspeicherung zum Zwecke der Beratungsabwicklung einverstanden. Ich kann jederzeit die Einsicht oder Löschung meiner hinterlegten Daten fordern bzw. von dem Wunsch einer Beratung zurücktreten. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname:

Geb.-Datum:



Hausarztpraxis
Dr. med. Stephan Wismann
Facharzt für Innere Medizin

Behandlungsvertrag + Kostenvoranschlag über das Erbringen individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)

zwischen

Patient/in:	
Name, Vorname	
Geboren:	
Adresse:	

und

Dr. med. Stephan Wismann, Böcklinstr. 6, 44532 Lünen

Im Rahmen der ärztlichen Beratung/Behandlung werden in Ihrem konkreten Fall voraussichtlich folgende Gebühren gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anfallen (GO-Nr., Gebührensatz):

Datum	GO-Nr.	Legendentext	Wert	Faktor	Betrag
Datum Erstbehandlu ng	A3	Analog ausführliche Beratung	150	3,5	30,60 €
	A76	Analog Mitgeben von Informationsmaterialien	70	3,5	14,28 €
	A76	Analog Erstellung eines Impfplans	70	3,5	14,28 €
	A70	Evtl. Analog Kurzbescheinigung / Attest (pro Attest)	40	3,5	8,16 €
Folgetermine (Impfungen)	A1	Analog Beratung (auch telefonisch)	4,66 €	2,3	10,72 €
	A375	Analog einfache Impfung / Reiseimpfung	4,66 €	2,3	10,72 €
Gesamtbetrag					<u>88,76 €</u>

Im Anschluss an die Beratung/Behandlung/Impfung werden Sie eine Rechnung erhalten, in der die erbrachten Leistungen aufgeführt und der Gebührensatz unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen festgelegt werden. Dementsprechend können bei erhöhtem Aufwand zusätzliche, in diesem Kostenvoranschlag nicht explizit aufgeführte Leistungen, wie z.B. Beratungen, oder ein Steigerungsfaktor der Leistungssätze hinzukommen. Alle Kosten orientieren sich hierbei an der aktuellen GOÄ, wobei diese als Analogleistungen abgerechnet werden, da innerhalb des Gebührenkataloges (GOÄ) für prophylaktische Leistungen, wie z.B. Reise-Impfungen/-Beratung, keine Leistungssätze hinterlegt sind.

\$(Patient.herrFrau()) \$(Patient.titel) \$(Patient.nachname) ist bekannt, dass die genannten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gehören und daher der genannte Betrag zunächst selbst zu tragen ist. Eine Rückerstattung kann bei den meisten Versicherungen beantragt, eine Rückzahlung durch uns aber nicht garantiert werden. Weiterhin bestätigt \$(Patient.herrFrau()) \$(Patient.titel) \$(Patient.nachname) mit der Unterschrift, dass eine umfassende Aufklärung über den Nutzen und die Risiken der individuellen Gesundheitsleistung durch Dr. Wismann erfolgt ist.

Lünen, den 06.02.2026

Unterschrift Patient/-in

Unterschrift Arzt