

Ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis Karlsruhe

Inhaber: Falk Dillmann, Dr. med. Dieter Geiger, Dr. med. Hermann Goebel, Christian Hauf M.Sc.



Praxis Rintheim
 Mannheimerstr. 12, 76131 Karlsruhe
 Tel. 0721 / 96 13 113
 Fax: 0721 / 96 13 114
www.praxis-rintheim.de
 E-Mail: praxiskarlsruhe@online.de
 Rezept-Telefon: 0721 / 96 13 775
 Rezept-E-Mail: ab.praxiskarlsruhe@online.de



Praxis Oststadt
 Haid-und-Neu-Str. 32, 76131 Karlsruhe
 Tel. 0721 / 69 73 75
 Fax: 0721 / 69 11 79
www.praxis-oststadt.de
 E-Mail: praxisoststadt@online.de
 Rezept-Telefon: 0721 / 966 50 10
 Rezept-E-Mail: ab.praxisoststadt@online.de



Praxis Weststadt
 Bismarckstr. 59, 76133 Karlsruhe
 Tel. 0721 / 27 884
 Fax: 0721 / 23 569
www.praxis-weststadt.de
 E-Mail: praxisweststadt@online.de
 Rezept-Telefon: 0721/ 957 953 69
 Rezept-E-Mail: ab.praxisweststadt@online.de

**Angestellte
 Ärztinnen
 und Ärzte:**
 Björn Küster
 Dr. med. Elisa Lewin
 Dr. med. Sirin Nuengsri
 Dr. med. Caroline Schnider
 Dr. med. Bastian Vogel
 Dr. med. Timo Wolfesperger

Honorarvereinbarung über Reisemedizinische Beratung und ggf. Impfung

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

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)	1	2,3	10,72	
Körperliche Untersuchung (Impffähigkeit)	5	2,3	10,72	1
Impfung (pro Impfstoff, inkl. Eintragung im Impfpass)	375	2,3	10,72	

Ich vereinbare hierfür ein Honorar über gesamt €: _____

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. Gerne unterstützen wir Sie bei der Antragstellung zur Kostenübernahme.)

Ort, Datum

Arzt

Patientin/Patient