



## Behandlungsvertrag: Reiseimpfungen

Patient Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören und die Kosten auch nicht teilweise von ihr erstattet werden. Die Arztrechnung ist mit den unten angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu tragen. Diese Vereinbarung schließe ich freiwillig und auf meinen ausdrücklichen Wunsch ab. Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten. Ich wurde über die Untersuchung aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.

Art der Behandlung	Leistung	Fkt.	Kosten	
Reiseimpfberatung	3	2,3	20,11 €	
Impfung	375	2,3	10,72 €	
Zusatzimpfung am selben Tag	377	2,3	6,70 €	

Frankfurt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_