

Versicherungsnummer: _____

Schaden-Nr. _____

1. Krankheit /Unfall der versicherten Person		
Name	Vorname	Geburtsdatum
1. Um welche Krankheit handelt es sich? (Bitte um Angabe der genauen Diagnose(n)/ICD 10 Code)		
2. Wann erkrankte der/ die Patient(in), bzw. wann war der Unfall?		
3. Wann wurde die Diagnose gestellt?		
4. Wann wurde wegen der Beschwerden/ Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmalig ein Arzt aufgesucht?		
5. Wann haben deswegen bisher Behandlungen stattgefunden? (Bitte genaue Daten angeben)		
6. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Behandlung eine uneingeschränkte Reisefähigkeit?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
7. Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wurden Sie vom Patienten danach gefragt?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann? Datum: ____/____/____		
War zu diesem Zeitpunkt mit einer völligen Wiedergenesung bis zum Reisezeitpunkt zu rechnen?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn nein, bitte um kurze Begründung: Konnten Sie dies dem Patienten sicher zusagen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
8. Welche Medikation und Therapie/Maßnahmen haben Sie verordnet?		
8.1. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?		

8.2. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Nein
 Wenn ja, bitte um Angabe der Dauer (von – bis)
(Bitte fügen Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes bei)

–

8.3. Bestand Arbeitsunfähigkeit?

- Nein
 Wenn ja, bitte um Angabe der Dauer (von – bis)

–

8.4. Erfolgte eine Überweisung zum Facharzt? Wenn ja, bitte Name und Adresse des Facharztes:

9. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

- Nein
 Wenn ja, bitte nennen Sie uns die Diagnose(n) und den/die dazugehörigen ICD10-Code(s)

9.1. Hat sich die bestehende Vorerkrankung unerwartet verschlechtert?

- Nein
 Wenn ja, wann? Wie hat sich dies geäußert? (Neue Diagnosen?)

3. Krankheit/Unfall von nicht an der Reise teilnehmenden Angehörigen

Name	Vorname	Geburtsdatum
Verwandtschaftsgrad: (Bitte Nachweis Verwandtschaftsgrad beifügen)		
Krankheitsbezeichnung:	Wann trat die Krankheit auf?/Wann ereignete sich der Unfall?	

Erfolgte eine stationäre Behandlung?

- Nein
 Wenn ja, bitte um Angabe der Dauer (von –bis)

–

Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des/der Patienten-/in angezeigt war?

4. Bei Rücktrittsgrund Schwangerschaft

1. Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

2. In welcher Schwangerschaftswoche befand sich die Patientin?

3. Sind Komplikationen aufgetreten?

Nein

Wenn ja, wann sind diese aufgetreten? Um welche Komplikationen handelt es sich?

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes