

Ärztliche Bescheinigung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Versicherungsnummer

Sehr geehrte/r Versicherte/r,
 bitte tragen Sie auf diesem Formular im umrandeten Feld Ihre Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung.
 Bitte geben Sie anschließend diesen Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.

Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht - und zwar über meinen Tod hinaus. Hinsichtlich einer bereits früher (längstens ein Jahr vor Eintritt des Schadenfalles, bei unregelmäßig über längere Zeit auftretenden, z. B. psychischen oder epileptischen Krankheiten, zwei Jahre) von einem Arzt, Zahnarzt oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Allgemeine Angaben zum Patienten

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ Ort			
Buchungsdatum	Reiseziel	Reisedauer vom	bis

A Krankheit / Unfall

1 Krankheit / Diagnose

Welche Krankheit/Diagnose führte zur Reiseunfähigkeit? - Bitte mit Angabe des ICD 10 Codes

Wann wurde die Diagnose gestellt?	Datum
Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?	Datum
Bestand zum Zeitpunkt dieses Arztbesuches uneingeschränkte Reisefähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welche Medikation und Therapie/Maßnahmen haben Sie verordnet?	
Weitere Behandlungsdaten	
Bestand Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____

2 Vorerkrankungen

Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? nein ja, seit _____

Bitte nennen Sie uns die Diagnosen der Vorerkrankungen mit ICD 10 Code

Erfolgten ärztliche Behandlungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? nein ja

Wann erfolgten in den letzten beiden Jahren vor Reisebuchung (s.o.) Behandlungen zu der/den o.g. Erkrankungen?
 Bitte alle Daten angeben und Befundberichte beifügen _____

Hat sich die Erkrankung unerwartet verschlechtert? nein ja, am _____

Wurden Sie vor Reisebuchung* vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt? nein ja

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführung der Reise gefragt? am _____

Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung* Bedenken gegen den Reiseantritt? * siehe o. g. Datum der Reisebuchung nein ja

Gesundheitliche Risiken

3 Stationäre Behandlung

Vollstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom	bis
Name, Anschrift und Telefonnummer des Krankenhauses		
Name, Anschrift und Telefonnummer des einweisenden Arztes		
Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!		

4 Objektive Einschätzung

Wann durfte, in Abetracht der gestellten Diagnose, nicht mehr <u>sicher</u> mit dem planmäßigen Antritt der Reise gerechnet werden?	Datum
Wenn dieses Datum vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns abweicht, nennen Sie uns bitte die Gründe hierfür	

B. Bitte zusätzlich bei nicht reisenden Angehörigen ausfüllen

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

C. Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? Bitte fügen Sie eine Kopie des Mutterpasses bei!	Datum
In welcher Schwangerschaftswoche befindet sich Ihre Patientin derzeit? _____ Schwangerschaftswoche	
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht möglich war?	Datum
Was war der Grund für diese Beurteilung?	
Waren zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen aufgetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Um welche Komplikationen handelte es sich?	
Sonstige Gründe	

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------