





Schadensnummer

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

### A. Krankheit/ Unfall der versicherten Person

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Reiseziel	<input type="text"/>				
Buchungsdatum	<input type="text"/>	Reisezeit von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

#### 1. Krankheit / Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte

ICD 10 Code

Wann wurde diese Diagnose gestellt? (Bitte unbedingt angeben)

Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?

Hätte der/ die Patient/in zum Zeitpunkt dieses ersten Arztbesuches reisen können? nein/ nicht zumutbar  ja

Welche Medikation und Therapie/ Maßnahmen haben Sie verordnet?

Weitere Behandlungsdaten

Bei Überweisung an Facharzt, Name/ Anschrift des Facharztes

Bestand Arbeitsunfähigkeit? nein  ja  von  bis

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

nein  ja, seit

Bitte nennen Sie uns die Diagnose der Vorerkrankungen

ICD 10 Code

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

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?

Gesundheitliche Risiken

\*siehe o. g. Datum der Reisebuchung

#### 3. Stationäre Behandlung?

nein  ja  von  bis

Krankenhaus/ Klinik

Name des einweisenden Arztes

**Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!**

#### 4. Ab welchem Zeitpunkt war nach **objektiver ärztlicher Beurteilung** die Teilnahme an der gebuchten Reise nicht mehr möglich?

Datum

Falls dieses Datum vom Datum des ersten Arztbesuchs abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe

(Die Überprüfung der Angaben durch den medizinischen Dienst der ELVIA Reiseversicherungen behalten wir uns vor.)

Ort, Datum, Unterschrift

Stempel des Arztes

## B. Krankheit nicht reisender Angehöriger

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnose	<input type="text"/>						
Wann trat die Krankheit auf?	<input type="text"/>	Stationär von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des/der Patienten/Patientin angezeigt war?	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Ort, Datum, Unterschrift				Stempel des Arztes			

## C. Schwangerschaft

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reiseziel	<input type="text"/>						
Buchungsdatum	<input type="text"/>	Reisezeit von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?	<input type="text"/>						
Datum	<input type="text"/>	Schwangerschaftswoche	<input type="text"/>				
Wann war der errechnete Entbindungstermin?	<input type="text"/>						
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?	<input type="text"/>						
Datum	<input type="text"/>	Schwangerschaftswoche	<input type="text"/>				
Was war der Grund für diese Beurteilung?	<input type="text"/>						
Waren zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen aufgetreten?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			
Um welche Komplikationen handelte es sich?	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	Stationär von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige Gründe	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Ort, Datum, Unterschrift				Stempel des Arztes			

Sehr geehrte/r Versicherte/r,  
bitte tragen Sie auf diesem Formular unter der entsprechenden Rubrik (A, B oder C) in den umrandeten Feldern Ihre Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Geben Sie sodann bitte 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 Schadenfalls, bei unregelmäßig über längere Zeit auftretenden, z. B. psychischen oder epileptischen Krankheiten, zwei Jahre) von einem Arzt, Zahnarzt oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)