

## VOM ARZT AUSZUFÜLLEN IM FALLE EINES REISERÜCKTRITTS AUS MEDIZINISCHEN GRÜNDEN

Gemäß den für eine Reiserücktrittsversicherung geltenden allgemeinen Bestimmungen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, seinen Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden oder die nötigen Vorkehrungen zu treffen, dass der behandelnde Arzt der Person, deren unerwartete schwere Krankheit oder schwerer Unfall zur Reiseunfähigkeit führte, von der ärztlichen Schweigepflicht befreit wird. Das vorliegende Formular bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen.

Name des Patienten/der Patientin: .....

Führt die Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten zu seiner eigenen Reiseunfähigkeit bzw. der des Versicherungsnehmers:  Nein  Ja vom ...../...../..... bis ...../...../.....

Grund:  Krankheit  Unfall

Datum des Ausbruchs der Erkrankung/ des Unfalls: ...../...../.....

Datum der Diagnose: ...../...../.....

Darf der Patient das Haus verlassen:  Ja  Nein vom ...../...../..... bis ...../...../.....

Detaillierte Beschreibung der Symptome oder Umstände (genaue Pathologie):

.....

.....

.....

.....

Laufende Behandlungen, Arzneimittel und Physiotherapie	Dosis	
.....	.....	vom ...../...../..... bis ...../...../.....
.....	.....	vom ...../...../..... bis ...../...../.....
.....	.....	vom ...../...../..... bis ...../...../.....

Durchgeführte Untersuchungen: .....

..... datum ...../...../.....

..... datum ...../...../.....

..... datum ...../...../.....

Krankenhausaufenthalt:  Nein  Ja vom ...../...../..... bis ...../...../.....

Krankenhaus: .....

Abteilung: .....

Handelt es sich um einen Rückfall, eine Verschlechterung oder Komplikationen einer Vorerkrankung?  Ja  Nein

Datum des letzten Vorfalls: ...../...../.....

Laufende Behandlung: .....

Ist die Krankheit stabilisiert?  Nein  Ja seit ...../...../.....

Bei Komplikationen während der Schwangerschaft:

Datum der letzten Monatsregel: ...../...../..... Voraussichtlicher Entbindungstermin: ...../...../.....

Datum der ersten Komplikation: ...../...../.....

Art der Komplikation: .....

Behandlung: .....

Psychische, Geistes- oder Nervenkrankheiten:

Krankenhausaufenthalt:  Nein  Ja vom ...../...../..... bis ...../...../.....

Aktuelle Behandlung: .....

Vorherige Behandlung (seit ...../...../.....): .....

Datum des ersten Auftretens der Symptome: ...../...../.....

Dieses Formular ist in einem geschlossenen Umschlag an die untenstehende Adresse, Abteilung Claims, zu richten.

Datum + Stempel und Unterschrift des Arztes