

# Ärztlicher Fragebogen

Polizzenummer oder die ersten 8 Stellen der Kreditkartennummer \_\_\_\_\_

Schadenummer \_\_\_\_\_

## Ärztlicher Fragebogen (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

(zur Weiterleitung an die Europäische Reiseversicherung AG)

Füllen Sie zur Bestätigung der Reiseunfähigkeit aufgrund von Krankheit/Unfall/Schwangerschaft das folgende Formular bitte vollständig und korrekt aus.

Behandelnder Arzt	
Titel, Vor- und Nachname	Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer
Telefon	PLZ, Ort, Land
Patient	
Titel, Vor- und Nachname	Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer
Geburtsdatum	PLZ, Ort, Land

Reiseziel \_\_\_\_\_ Reisebeginn \_\_\_\_\_

### 1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

### 2. verordnete Therapie:

### 3. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten / Wann wurde die Diagnose gestellt? Datum \_\_\_\_\_

(Bei Schwangerschaft: wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?)

Krankenhausaufenthalt  Nein  Ja – von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Krankmeldung bei der Sozialversicherung  Nein  Ja – von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

#### 4. Besteht für die gegenständliche Reise aus medizinischen Gründen Reiseunfähigkeit?

Nein  Ja –Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum \_\_\_\_\_

#### Falls ein nicht mitreisender Angehöriger (Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Geschwister) betroffen ist:

Wann war erkennbar, dass Pflegebedarf bestanden hat? Datum \_\_\_\_\_

#### 5. Handelt es sich um eine bereits bestehende Erkrankung/Unfallfolge? Nein Ja

#### 6. Nur bei bestehenden Erkrankungen/Unfallfolgen auszufüllen:

Wurde die bestehende Erkrankung/Unfallfolge unerwartet akut?  Nein  Ja

Seit wann besteht die Erkrankung/Unfallfolge? Datum \_\_\_\_\_

War der Patient in den letzten  9 Monaten /  12 Monaten VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS bzw. REISEBUCHUNG in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in stationärer Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)

Nein  Ja

War der Patient in den letzten 6 Monaten VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS bzw. REISEBUCHUNG in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in ambulanter Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)

Nein  Ja

#### Raum für Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich verpflichte mich zur mündlichen Auskunftserteilung zu gegenständlichen Attestangaben gegenüber den Vertrauensärzten des Versicherers. Der Versicherer behält sich vor, unwahre Angaben gemäß §146 StGB rechtlich zu verfolgen.

#### Welcher Arzt kann zum Krankheitsgeschehen am besten Auskunft geben:

---

---

Name, Adresse und Telefonnummer des Arztes

Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes