

Ärztliche Bescheinigung für:

Police Nr.:

Fragen zum Ereignis

1. Datum der Erstbehandlung im Zusammenhang mit diesem Ereignis: _____ Uhrzeit _____
2. Genaue Diagnose (keine Abkürzungen): _____

3. Wurden weitere Behandlungen oder Nachkontrollen angeordnet? ja nein
4. Wann erkrankte/verunfallte der/die Patient/in? _____ Datum: _____
5. Wurden diese Beschwerden zuvor bereits einmal/mehrfach behandelt? ja nein
Falls ja, in welchem Behandlungszeitraum? _____ Daten: _____
6. Anamnese: _____

7. Ist eine unvorhersehbare gravierende Verschlechterung eingetreten? ja nein
Wenn ja, wann? _____
8. War der/die Patient/in arbeitsunfähig? ja nein
Falls ja, von: _____ bis: _____
9. Fand eine stationäre Behandlung statt? ja nein
Wenn ja, von wann bis wann? (Bitte eine Kopie des Austrittberichtes mitsenden) _____
10. Erfolgte eine Operation? ja nein
Wenn ja, Datum der Operation: _____
11. Wann genau wurde der Operationstermin vereinbart? _____ Datum: _____

Fragen zur Reisefähigkeit

12. Wie war der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Reisebuchung?
Beschreibung: _____

13. Wann war erstmalig erkennbar, dass die Reise wegen des Gesundheitszustandes nicht angetreten werden konnte?
Datum: _____
Aus welchem Grund? _____

14. Hat der/die Patient/in Sie über sein/ihr Reisevorhaben informiert? ja nein
Falls ja, wann? _____ Datum: _____
15. Ab wann hielten Sie den/die Patient/in wieder für reisefähig? _____ Datum: _____

Weitere Bemerkungen

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift