

▶ **BITTE SENDEN SIE ALLE UNTERLAGEN AN:**

Europ Assistance Services GmbH
Adenauerring 9
81737 München

▶ **ODER HÄNDIGEN SIE DIESE IHREM PATIENTEN AUS**

Kreditkarten- oder Versicherungsnummer: Unser Aktenzeichen (falls bekannt):

1. Krankheit bzw. Unfall der versicherten Person

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Männlich	Weiblich

1. Um welche Krankheit handelt es sich? (Bitte um Angabe der genauen Diagnose(n)/ICD-10 Code)

2. Daten zur Erkrankung

Wann erkrankte der Patient, bzw. wann war der Unfall?	Wann wurde die Diagnose gestellt?	Wann wurde wegen der Beschwerden bzw. Symptome, die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?

Wann haben deswegen bisher Behandlungen stattgefunden? (Bitte genaue Daten angeben)

3. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Behandlung eine uneingeschränkte Reisefähigkeit?	ja	nein
--	----	------

4. Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise?	ja	nein
---	----	------

Wurden Sie vom Patienten danach gefragt?	ja	nein	Wann wurden Sie befragt? (Datum)	
War zum Zeitpunkt der Befragung mit einer völligen Wiedergenesung bis zum Reisezeitpunkt zu rechnen?	ja	nein		
Wenn ja, haben Sie dies dem Patienten sicher zugesagt?	ja	nein		

5. Welche Medikation und Therapie bzw. Maßnahmen haben Sie verordnet?

5.1. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

5.2. Fand eine stationäre Behandlung statt?	ja	nein	Wenn ja, bitte Angabe der Dauer: von	bis
---	----	------	--------------------------------------	-----

▶ Bei stationärer Behandlung fügen Sie bitte eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes bei.

5.3. Bestand Arbeitsunfähigkeit?	ja	nein	Wenn ja, bitte Angabe der Dauer: von	bis
----------------------------------	----	------	--------------------------------------	-----

5.4. Ab wann war nach objektiver Beurteilung die Teilnahme an der Reise bzw. Veranstaltung nicht mehr möglich?	Datum
--	-------

5.5. Erfolgte eine Überweisung zum Facharzt?	ja	nein
--	----	------

Wenn ja, geben Sie bitte Name und Adresse des Facharztes an:

Name:	Adresse:

6. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?	ja	nein
Wenn ja, bitte nennen Sie uns die Diagnose(n) und den/die dazugehörigen ICD-10 Code(s).		

6.1. Seit wann besteht/bestehen die genannten Vorerkrankung(en)? Bitte stellen Sie bei Verträgen mit Abschlussdatum ab 01.10.2014 lediglich auf die letzten 6 Monate ab. Bei Verträgen bis zum 30.09.2014 stellen Sie bitte auf die letzten drei Jahre ab.		
Datum:		
6.2. Hat sich die bestehende Vorerkrankung unerwartet verschlechtert?	ja	nein
Wenn ja, wann? Wie hat sich dies geäußert? (<i>Neue Diagnosen?</i>)		

2. Krankheit bzw. Unfall von nicht an der Reise teilnehmenden Angehörigen				
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Männlich	Weiblich
Wann trat die Krankheit auf?	Verwandtschaftsverhältnis ▶ Bitte fügen Sie einen Nachweis über das Verwandtschaftsverhältnis bei			

Krankheitsbezeichnung:				
Fand eine stationäre Behandlung statt?	ja	nein	Wenn ja, bitte Angabe der Dauer: von	bis
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Wohlbefinden des Patienten angezeigt war?				
Datum:				

3. Bei Rücktrittsgrund Schwangerschaft	
Fand eine stationäre Behandlung statt?	Fand eine stationäre Behandlung statt?
Sind Komplikationen aufgetreten?	Wenn ja, wann sind diese aufgetreten?
ja	nein
Um welche Komplikationen handelt es sich?	

Ort:	Datum:	Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes:
------	--------	---