

Ärztliche Bescheinigung

Bitte tragen Sie in dieses Formular unter der entsprechenden Rubrik (A, B oder C) in die Blau umrandeten Felder Ihre persönlichen Daten und Ihre Buchungsdaten ein. Geben Sie danach das Formular bitte an den behandelnden Arzt weiter.

A. Krankheit / Unfall der versicherten Person

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname		Name	
Geburtsdatum		Reiseziel / Veranstaltungsort		
Buchungsdatum		Reise- / Veranstaltungsbeginn		Reise- / Veranstaltungsende

Krankheit / Diagnose, die zur Reise- / Teilnahmeunfähigkeit führte:

Krankheitsbezeichnung

Wann wurde diese Diagnose gestellt?

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 / an der Veranstaltung teilnehmen können?

 Ja Nein / Nicht zumutbar

Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen haben Sie verordnet?

Weitere Behandlungsdaten

Überweisung an Facharzt

 Nein Ja

Name und Anschrift des Facharztes

Bestand Arbeitsunfähigkeit?

 Nein Ja

vom

bis

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

 Nein Ja

seit

Diagnose der Vorerkrankungen

Falls es sich um eine chronische Erkrankung handelt: Wann kam es letztmals zu einem akuten Schub?

Wurden Sie vor Buchung der Reise / Veranstaltung (siehe o. g. Buchungsdatum) vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?

 Nein Ja

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?

Datum

Gesundheitliche Risiken

Stationäre Behandlung

 Nein Ja

vom

bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

▶ Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei.

Ab wann war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der Reise / Veranstaltung 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 AWP P&C S.A. behalten wir uns vor.)

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

B. Krankheit / Unfall nicht reisender / teilnehmender Angehöriger

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum			

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnose	ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)	
Wann trat die Krankheit auf? / Wann ereignete sich der Unfall?	<input type="text"/>	
	Datum	
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	
	vom	
	<input type="text"/>	
	bis	
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des / der Patienten / Patientin angezeigt war?	<input type="text"/>	
	Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes

C. Schwangerschaft der versicherten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname	Name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstaltungsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	Reise- / Veranstaltungsende

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Schwangerschaftswoche	Errechneter Entbindungstermin
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise / die Teilnahme an der Veranstaltung in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Schwangerschaftswoche	
Was war der Grund für diese Beurteilung?		
<input type="text"/>		

Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Um welche Komplikationen handelte es sich?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	vom	bis
Sonstige Gründe:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes