

1. Krankheit / Unfall der versicherten Person

Herr Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

2. Daten zur Erkrankung

Wann erkrankte der/die Patient(in), bzw. wann war der Unfall?

Wann wurde die Diagnose gestellt?

Wann wurde wegen der Beschwerden/Symptome, die zu dieser Diagnose führten, **erstmalig** 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?

Wann wurden Sie befragt?

ja nein

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 / 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:

5.3. Bestand Arbeitsunfähigkeit?

ja nein

Wenn ja, bitte Angabe der Dauer:

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

5.5. Erfolgte eine Überweisung zum Facharzt? Wenn ja, geben Sie bitte Name und Adresse des Facharztes an.

ja nein

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:

Europ Assistance Services GmbH
Adenauerring 9
81737 München

oder händigen Sie diese Ihrem Patienten aus

Versicherungs- oder Kreditkartennummer

Unser Aktenzeichen (falls bekannt)

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

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 genannte(n) Vorerkrankung(en)?

6.2. Hat sich die bestehende Vorerkrankung unerwartet verschlechtert?

ja nein

Wenn ja, wann? Wie hat sich dies geäußert? (Neue Diagnosen?)

2. Krankheit / Unfall von nicht an der Reise teilnehmenden Angehörigen

Herr Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wann trat die Krankheit auf?

Verwandtschaftsverhältnis

Krankheitsbezeichnung

Fand eine stationäre Behandlung statt?

ja nein

Wenn ja, bitte um Angabe der Dauer:

Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Wohlbefinden des/der Patienten/-in angezeigt war?

3. Bei Rücktrittsgrund Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

In welcher Schwangerschaftswoche befand sich die Patientin?

Sind Komplikationen aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, wann sind diese aufgetreten?

Um welche Komplikationen handelt es sich?

◁ Bitte fügen Sie einen Nachweis über das Verwandtschaftsverhältnis bei.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes