

Ärztliche Bescheinigung

A. Krankheit / Unfall der versicherten Person

Bitte trage in dieses Formular unter der entsprechenden Rubrik (A, B oder C) in die blau umrandeten Felder deine persönlichen Daten und Buchungsdaten ein. Gib danach das Formular bitte an den behandelnden Arzt weiter.

Vorname		Name	
Herr	Frau		
Geburtsdatum		Reiseziel / Veranstaltungsort	
Buchungsdatum		Reise- / Veranstaltungsbeginn	Reise- / Veranstaltungsende

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

Krankheitsbezeichnung

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Wann wurde diese Diagnose gestellt?

Datum

Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?

Datum

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

Name und Anschrift des Facharztes

Nein Ja

Bestand Arbeitsunfähigkeit?

vom

bis

Nein Ja

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

seit

Nein Ja

Diagnose der Vorerkrankungen

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

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

Datum

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

vom

bis

Nein Ja

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

Vorname		Name	
Herr	Frau	_____	
Geburtsdatum		_____	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Diagnose

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Wann trat die Krankheit auf? / Wann ereignete sich der Unfall?

Datum

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|**Stationäre Behandlung**

vom

bis

Nein

Ja

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|**Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des / der Patienten / Patientin angezeigt war?**

Datum

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

C. Schwangerschaft der versicherten Person

Vorname		Name	
_____		_____	
Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstaltungsort		
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	Reise- / Veranstaltungsende	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

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?**

Datum

Schwangerschaftswoche

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Was war der Grund für diese Beurteilung?

Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen?

Um welche Komplikationen handelte es sich?

Nein

Ja

Stationäre Behandlung

vom

bis

Nein

Ja

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sonstige Gründe:

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes