

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