

Schadennume	٢	
-------------	---	--

Allianz (II) DIR≡CT			
Ärztliche Bescheinige A. Krankheit / Unfall der versicherten P		in die blau umrandeten Fel	lar unter der entsprechenden Rubrik (A, B oder C) der deine persönlichen Daten und Buchungsdaten lar bitte an den behandelnden Arzt weiter.
Vorname		Name	
Herr Frau  Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstalt	tunggart .	
Gesul sautum	Reiseziet / Verdiistutt	ungsort	
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsb	eginn	Reise- / Veranstaltungsende
Krankheit / Diagnose, die zur Reise- / Teilnal Krankheitsbezeichnung	hmeunfähigkeit führte:		ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)
Wann wurde diese Diagnose gestellt?	Wann wurde wegen erstmals ein Arzt auf Datum		rmptome, die zu dieser Diagnose führten,
	Datam		
Hätte der / die Patient(in) zum Zeitpunkt die	ses ersten Arztbesuche	s reisen / an der Veranst	altung teilnehmen können?
Ja Nein / Nicht zumutbar Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen hak	oen Sie verordnet?		
Weitere Behandlungsdaten			
Überweisung an Facharzt Name und Anso	chrift des Facharztes		
Nein Ja			
Bestand Arbeitsunfähigkeit? vom		bis	ı
Nein Ja  Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen,	die im Zusammenhang	ı mit der aktuellen Erkraı	nkung stehen?
seit	1		-
Nein Ja  Diagnose der Vorerkrankungen			ICD 10 Code ( <b>b</b> itte unbedingt angeben)
Falls es sich um eine chronische Erkrankung handelt: Wann kam es letztmals zu einem akuten Schub?	(siehe o. g. Buchungsdat	der Reise / Veranstaltung um) vom Patienten nach r Reise / Teilnahme an der	Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?  Datum
	Nein Ja		
Gesundheitliche Risiken			
Stationäre Behandlung vom		bis	
Nein Ja			
Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)			
Einweisender Arzt (Vorname / Name) Bitte le	egen Sie den Entlassungsb	ericht des Krankenhauses be	si.
Ab wann war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der Reise / Veranstaltung nicht mehr möglich?	Falls dieses Datum vo	om Datum des ersten Arz	tbesuchs abweicht, nennen Sie uns bitte
Datum	(Die Überprüfung der An	gaben durch den medizinisch	nen 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

Vorno	ame Name	
Herr Frau		
Geburtsdatum		
Diagnose	ICD 10 Code	(Bitte unbedingt angeben)
Wann trat die Krankeit auf? / Wann	n ereignete sich der Unfall?	
Datum		
Stationäre Behandlung vom	bis	
Nein Ja		
	s die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitlic	che Befinden des / der Patienten
/ Patientin angezeigt war?		
Datum		
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes Stempel des	Arztes
C. Schwangerschaft der versich	erten Person	
Vorname	Name	
Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstaltungsort	
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn Reise- / Vera	nstaltungsende
Wann und in welcher Schwangersch	haftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?	
Datum	Schwangerschaftswoche Errechneter	Entbindungstermin
Wann war erstmals erkennbar, dass	der Antritt der Reise / die Teilnahme an der Veranstaltung in Anbet	racht der Schwangerschaft nicht
zumutbar war?		
Datum	Schwangerschaftswoche	
Was war der Grund für diese Beurteilung?		
Gab es zum o. g. Zeitpunkt Kompliko	ationen? Um welche Komplikationen handelte es sich?	
Nein Ja		
Stationäre Behandlung vom	bis	
Nein Ja		
Sonstige Gründe:		
Sonsage Grunde.		
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes Stempel des	Arztes