

Gaede & Glauerdt
Assecurateur GmbH & Co.KG
Herrengaben 3
20459 Hamburg

Telefon 0 40 - 37 65 3-330
E-Mail schadenservice@gaedeglauerdt.de

Fragebogen zur ärztlichen Bescheinigung Krankheit / Unfall / Schwangerschaft / unerwartete Impfunverträglichkeit einer versicherten Person oder einer Risikoperson

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse Ihres Patienten vollständig und leserlich zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reiserücktritt-Versicherung / Reiseabbruch-Versicherung beurteilen können.

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Anschrift

1. Diagnose

Genaue Diagnose mit ICD-Code, die zur Reiseunfähigkeit führte

ICD-Code

Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall?

Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmal ein Arzt aufgesucht?

Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

In welcher Schwangerschaftswoche befindet sich die Patientin derzeit?

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der gebuchten Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

Datum

Sind Komplikationen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, um welchen Komplikationen handelt es sich?

2. Stationäre Behandlung?

☐ nein

 ☐ ja, vom

 bis

Wenn ja, bitte unbedingt den Krankenhausbericht beifügen!

3. Arbeitsunfähigkeit

Bestand Arbeitsunfähigkeit? ☐ ja, vom _____ bis _____
☐ nein Begründung _____

4. Therapiemaßnahmen und Medikation

Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet? (Bitte auch die verordneten Medikamente angeben.)

Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung Behandlungen? (Datumsangaben) _____

Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt? ☐ nein ☐ ja, am _____

Name und Anschrift des Arztes

5. Verlauf der Erkrankung / Vorgeschichte

Besteht die Erkrankung seit längerer Zeit? ☐ ja, seit _____ ☐ nein _____

Bestanden oder bestehen Erkrankungen, die mit der aktuellen Diagnose in Zusammenhang stehen?

☐ ja, seit _____ Diagnose _____ ICD Code _____ ☐ nein

Wann erfolgten dazu im Einzelnen Behandlungen in den letzten zwei Jahren? (Datumsangaben)

Wann trat eine Verschlechterung der bestehenden Erkrankung ein? Seit _____

6. Reisebuchung

Wurden Sie vor der Reisebuchung nach der Reisefähigkeit gefragt? ☐ ja, am _____ ☐ nein

Bestand zum Zeitpunkt der Reisebuchung Reisefähigkeit? ☐ ja ☐ eingeschränkt ☐ nein

Ab welchem Zeitpunkt war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der gebuchten Reise nicht mehr möglich?

Datum _____

Wann haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten?

Datum _____

Falls dieses Datum vom Datum des aktuellen Befundes abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe

Ort / Datum und Unterschrift
der / des Ärztin / Arztes

Praxisstempel