

▶ **BITTE SENDEN SIE ALLE UNTERLAGEN AN:**

Europ Assistance Services GmbH
Adenauerring 9
81737 München

▶ **ODER HÄNDIGEN SIE DIESE IHREM PATIENTEN AUS**

Kreditkarten- oder Versicherungsnummer:	Unser Aktenzeichen (falls bekannt):
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Krankheit bzw. Unfall der versicherten Person				
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Männlich	Weiblich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Um welche Krankheit handelt es sich? (Bitte um Angabe der genauen Diagnose(n)/ICD-10 Code)
<input type="text"/>
<input type="text"/>

2. Daten zur Erkrankung		
Wann erkrankte der Patient, bzw. wann war der Unfall?	Wann wurde die Diagnose gestellt?	Wann wurde wegen der Beschwerden bzw. Symptome, die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wann haben deswegen bisher Behandlungen stattgefunden? (Bitte genaue Daten angeben)		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

3. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Behandlung eine uneingeschränkte Reisefähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie vom Patienten danach gefragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann wurden Sie befragt? (Datum)	<input type="text"/>	
War zum Zeitpunkt der Befragung mit einer völligen Wiedergenesung bis zum Reisezeitpunkt zu rechnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, haben Sie dies dem Patienten sicher zugesagt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

5. Welche Medikation und Therapie bzw. Maßnahmen haben Sie verordnet?
<input type="text"/>
<input type="text"/>

5.1. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?
<input type="text"/>
<input type="text"/>

5.2. Fand eine stationäre Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte Angabe der Dauer: von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
---	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	----------------------	-----	----------------------

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

5.3. Bestand Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte Angabe der Dauer: von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	----------------------	-----	----------------------

5.4. Ab wann war nach objektiver Beurteilung die Teilnahme an der Reise bzw. Veranstaltung nicht mehr möglich?	<input type="text"/>	Datum:	<input type="text"/>
--	----------------------	--------	----------------------

5.5. Erfolgte eine Überweisung zum Facharzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, geben Sie bitte Name und Adresse des Facharztes an:

Name:	<input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------	----------------------

6. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 genannten Vorerkrankung(en)? Bitte stellen Sie bei Verträgen mit Abschlussdatum ab 01.10.2014 lediglich auf die letzten 6 Monate ab. Bei Verträgen bis zum 30.09.2014 stellen Sie bitte auf die letzten drei Jahre ab.		
Datum:		
6.2. Hat sich die bestehende Vorerkrankung unerwartet verschlechtert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann? Wie hat sich dies geäußert? (Neue Diagnosen?)		

2. Krankheit bzw. Unfall von nicht an der Reise teilnehmenden Angehörigen				
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Männlich	Weiblich
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann trat die Krankheit auf?	Verwandtschaftsverhältnis ▶ Bitte fügen Sie einen Nachweis über das Verwandtschaftsverhältnis bei			
Krankheitsbezeichnung:				
Fand eine stationäre Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte um Angabe der Dauer: von bis	
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Wohlbefinden des Patienten angezeigt war?				
Datum:				

3. Bei Rücktrittsgrund Schwangerschaft	
Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?	In welcher Schwangerschaftswoche befand sich die Patientin?
Sind Komplikationen aufgetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann sind diese aufgetreten?
Um welche Komplikationen handelt es sich?	
Ort:	Datum:
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes:	