

Bescheinigung des behandelnden Arztes

Evtl. Kosten des Attestes können im Rahmen dieser Versicherung leider nicht übernommen werden.

Schadensnummer

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Anschrift

Buchungsdatum

Reiseland

Reise von - bis

A. Bei Krankheit/ Unfall eines Reiseteilnehmers

1. Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte:

ICD10CODE

1.1 Wann erkrankte bzw. verunfallte der Patient?

Datum (TTMMJJ)

1.2 Wann erfolgte die erste Behandlung der Symptome?

1.3 Medikation und therapeutische Maßnahmen:

1.4 War eine stationäre Behandlung nötig? nein ja, von - bis

1.5 Bestand Arbeitsunfähigkeit? nein ja, von - bis

2. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht? nein ja

Falls ja,

wann fanden die einzelnen Behandlungen statt?

Ist eine unvorhergesehene Verschlechterung eingetreten?

nein ja

Falls ja, worin bestand diese?

3. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? nein ja

Falls ja,

welche?

Welche Medikation und therapeutischen Maßnahmen wurden eingeleitet bzw. durchgeführt?

4. Wann war erstmalig erkennbar, dass der Patient die Reise nicht antreten bzw. fortsetzen kann?

Datum (TTMMJJ)

Falls dieses Datum vom Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens abweicht, bitten wir um eine entsprechende Erläuterung:

B. Bei Krankheit/ Unfall nicht reisender Angehöriger

1. Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte:

ICD10CODE

1.1 Wann erkrankte bzw. verunfallte der Patient?

Datum (TTMMJJ)

1.2 Wann erfolgte die erste Behandlung der Symptome?

Datum (TTMMJJ)

Bitte weiter auf Rückseite

Dieses Anschriftenfeld eignet sich zum Versand in Fensterbriefhüllen

An
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-AG
Transportabteilung
Voltastraße 84
60486 Frankfurt

1.3 Medikation und therapeutische Maßnahmen:

1.4 War eine stationäre Behandlung nötig? nein ja, von - bis

1.5 Bestand Arbeitsunfähigkeit? nein ja, von - bis

2. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht? nein ja

Falls ja, wann fanden die einzelnen Behandlungen statt?

Ist eine unvorhergesehene Verschlechterung eingetreten? nein ja

Falls ja, worin bestand diese?

3. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? nein ja

Falls ja, welche?

Welche Medikation und therapeutischen Maßnahmen wurden eingeleitet bzw. durchgeführt?

4. Wann war erstmalig erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des Patienten angezeigt ist? Datum (TTMMJJ)

Falls dieses Datum vom Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens abweicht, bitten wir um eine entsprechende Erläuterung:

5. Warum ist die Anwesenheit der Angehörigen erforderlich?

C. Bei Schwangerschaft

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?	Datum (TTMMJJ) <input type="text"/>	Woche <input type="text"/>	Wie lautet der errechnete Entbindungstermin?	Datum (TTMMJJ) <input type="text"/>
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt bzw die Fortsetzung der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar ist?	Datum (TTMMJJ) <input type="text"/>		Weshalb war die Reise aufgrund der Schwangerschaft nicht zumutbar?	<input type="text"/>

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wir wollen Ihre Ansprüche schnell prüfen. Hierzu ist es erforderlich, weitere Informationen einzuholen. Damit uns behandelnde Ärzte Auskunft geben dürfen, benötigen wir eine Schweigepflichtentbindungserklärung.

Wir sind gesetzlich verpflichtet darauf hinzuweisen, dass Sie diese Erklärung nicht abgeben müssen bzw. sie jederzeit widerrufen können.

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Die KRAVAG-LOGISTIC prüft die Ansprüche aus dem o. g. Schadenfall.

Dazu befreie ich Ärzte, ärztliche Einrichtungen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Die Mitarbeiter der KRAVAG-LOGISTIC entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, wenn sie zur Leistungsprüfung Gesundheitsdaten weitergeben.

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten
<input type="text"/>	<input type="text"/>