

Ärztliche Bescheinigung

Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen!

ADAC

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,

wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse unseres Versicherungsnehmers/Ihres Patienten **vollständig** zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der ADAC Reiserücktritts-Versicherung beurteilen können.

▼ ADAC Mitglieds-/Kundennummer

A. Krankheit/Unfall

▼ Name/Vorname des Patienten

▼ Geburtsdatum

▼ Straße/Hausnummer

▼ PLZ/Ort

1. Krankheit/Unfall

▼ Was genau führte zur Reiseunfähigkeit

Diagnose:

Wann wurde die Diagnose gestellt? ▼ Datum

Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome, die zu dieser Diagnose führten, erstmals der Arzt aufgesucht? ▼ Datum

Feststellung der zwingenden Anwesenheit der Angehörigen ▼ Datum

Bestand zum Zeitpunkt dieses Arztbesuches uneingeschränkte Reisefähigkeit? Ja Nein

▼ Welche Therapie/-Maßnahmen haben Sie eingeleitet? (Medikamente angeben)

▼ Weitere Behandlungsdaten

Fand eine Überweisung zu einem Facharzt statt? Ja Nein ▼ Wann ▼ An wen? (Name der Praxis) / Fachrichtung?

Bestand Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein ▼ von (Datum) ▼ bis (Datum) **Bitte Kopie der AU-Bescheinigung beilegen!**

2. Stationäre Behandlung

Ja Nein ▼ von (Datum) ▼ bis (Datum)

▼ Krankenhaus/Klinik

▼ Name des einweisenden Arztes

Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!

3. Vorerkrankungen

Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

Ja Nein

▼ Falls ja, seit wann? (Datum)

▼ Bitte nennen Sie uns die Diagnose der Vorerkrankungen

▼ Bitte hierzu die Behandlungsdaten angeben

Wurden Sie diesbezüglich vor der Reisebuchung vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?

Ja Nein

▼ Datum

Wann wurden Sie erstmals vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?

Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung Bedenken aufgrund gesundheitlicher Risiken?

Ja Nein

▼ Wenn ja, welche?

4. Ihre Einschätzung

Ab welchem Zeitpunkt war nach objektiver Einschätzung der Antritt der gebuchten Reise aus gesundheitlichen Gründen

nicht zumutbar?

▼ Datum

bzw. nicht möglich?

▼ Datum

▼ Falls diese Daten vom ersten Arztbesuch abweichen, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe:

B. Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

▼ von (Datum)

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) befindet sich Ihre Patientin derzeit?

▼ von (Datum)

▼ SSW

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise wegen der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

▼ von (Datum)

▼ Was war der Grund für diese Beurteilung?

Waren zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen aufgetreten?

Ja Nein

▼ Um welche Komplikationen handelte es sich?

▼ Datum

▼ Ort

▼ Unterschrift des Arztes/der Ärztin

X

▼ Stempel des Arztes/der Ärztin