

Bitte vollständig vom Arzt ausfüllen lassen und zurückschicken an:

ERGO Reiseversicherung AG, Leistungsabteilung
Postfach 80 06 20, 81605 München

ERGO

Reiseversicherung

Ärztliche Bescheinigung Reiserücktritts-Versicherung

Vorgangs-Nr. _____ Versicherungs-Nr. _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Vollständige Anschrift _____

Attestierung für Reise nach _____ Reisezeitraum _____

1) Welche Diagnose zur Erkrankung / zum Unfall führte zur Absage der Reise? Wann erkrankte der Patient / die Patientin? Wann ereignete sich der Unfall?

Diagnose _____ ICD _____ Datum _____

Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht? Datum _____

2) Haben in den letzten 6 Monaten vor Reisebuchung ärztliche Behandlungen stattgefunden?

Wenn ja, wann? _____ Nein

Behandlungen / Therapien / Medikationen _____ Datum _____

Behandlungen / Therapien / Medikationen	Datum

(gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen)

3) Bestand eine Arbeitsunfähigkeit?

Ja Nein Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen

von _____ bis _____

4) War eine stationäre Behandlung notwendig?

Wenn ja, wann und wo? _____ Nein

5) Bei Schwangerschaft:

a) Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? _____ (Datum mit Angabe der Schwangerschaftswoche)

b) Führten Komplikationen zur Reiseabsage? Welche? _____ Datum _____

6) Bei psychischen Erkrankungen:

a) Wurde ein Antrag beim Krankenversicherungsträger für eine ambulante Psychotherapie gestellt? Bitte Nachweis über die Genehmigung beifügen. Ja Nein

b) Erfolgte eine Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie? Bitte Nachweis beifügen. Ja Nein

5) Wann war in Anbetracht der gestellten Diagnose nicht mehr sicher, dass die Reise planmäßig angetreten werden kann?

Datum _____

Ort _____ Datum _____ Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes _____