

Ärztliche Bescheinigung

Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen!

ADAC Versicherungs AG

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:

▼ Datum

Wann wurde die Diagnose gestellt?

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

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

▼ Datum

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

▼ Stempel des Arztes/der Ärztin