

Anschrift des Versicherungsnehmers

SIGNAL IDUNA Gruppe
 SIGNAL IDUNA Reiseversicherung
 Neue Rabenstr. 15 - 19
 20351 Hamburg
 Telefon: 040 4124-4988
 Telefax: 040 4124-4907669

Ärztliche Bescheinigung

Sehr geehrte/r Versicherte/r,
 bitte tragen Sie auf diesem Formular unter der entsprechenden Rubrik (A, B oder C) in den umrandeten Feldern Ihre Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Bitte geben Sie anschließend diesen Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.

Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht - und zwar über meinen Tod hinaus. Hinsichtlich einer bereits früher (längstens ein Jahr vor Eintritt des Schadensfalles, bei unregelmäßig über längere Zeit auftretenden, z. B. psychischen oder epileptischen Krankheiten, zwei Jahre) von einem Arzt, Zahnarzt oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)
------------	---

A. Krankheit/Unfall der versicherten Person

Versicherungsnummer/Schadennummer	Name, Vorname	Geburtsdatum
Reiseziel		
Buchungsdatum	Reisezeit von - bis	

1 Krankheit/Diagnose

Welche Krankheit/Diagnose führte zur Reiseunfähigkeit? - Bitte mit Angabe des ICD 10 Code	
Wann wurde die Diagnose gestellt?	Datum
Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?	Datum
Bestand zum Zeitpunkt dieses Arztbesuches uneingeschränkte Reisefähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Welche Medikation und Therapie/Maßnahmen haben Sie verordnet?	
Weitere Behandlungsdaten	
Bestand Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	

2 Vorerkrankungen

Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	
Erfolgten ärztliche Behandlungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____	
Bitte nennen Sie uns die Diagnosen der Vorerkrankungen mit ICD 10 Code	
Wurden Sie vor Reisebuchung* vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführung der Reise gefragt? am _____	
Bestand zum Zeitpunkt der Reisebuchung* uneingeschränkte Reisefähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <small>* siehe o. g. Datum der Reisebuchung</small>	
Gesundheitliche Risiken	

3 Stationäre Behandlung

Vollstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom	bis
Name, Anschrift und Telefonnummer des Krankenhauses		
Name, Anschrift und Telefonnummer des einweisenden Arztes		
Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!		

4 Objektive Einschätzung

Ab welchem Zeitpunkt war nach objektiver Einschätzung der Antritt der Reise gesundheitlich nicht zumutbar/nicht möglich?	nicht zumutbar ab	nicht möglich ab
Falls diese Daten vom Datum des Arztbesuches abweichen, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe		

B. Krankheit nicht reisender Angehöriger

Name, Vorname	Geburtsdatum
Wie lautet die Diagnose?	
Wann trat die Krankheit auf?	Datum
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des/der Patienten/Patientin angezeigt war?	Datum

C. Schwangerschaft

Name, Vorname	Geburtsdatum
Reiseziel	
Buchungsdatum	Reisezeit von - bis
Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? Bitte fügen Sie eine Kopie des Mutterpasses bei	Datum
In welcher Schwangerschaftswoche befindet sich Ihre Patientin derzeit?	_____ Schwangerschaftswoche
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?	Datum
Was war der Grund für diese Beurteilung?	
Waren zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen aufgetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Um welche Komplikationen handelte es sich?	
Sonstige Gründe	

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------