

Kreditkartennummer: \_\_\_\_\_

Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

1. Krankheit /Unfall der versicherten Person		
Name	Vorname	Geburtsdatum
1. Um welche Krankheit handelt es sich? (Bitte um Angabe der genauen Diagnose(n)/ICD 10 Code)		
2. Wann erkrankte der/ die Patient(in), bzw. wann war der Unfall?		
3. Wann wurde die Diagnose gestellt?		
4. Wann wurde wegen der Beschwerden/ Symptome die zu dieser Diagnose führten, <b>erstmalig</b> ein Arzt aufgesucht?		
5. Wann haben deswegen bisher Behandlungen stattgefunden? (Bitte genaue Daten angeben)		
6. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Behandlung eine uneingeschränkte Reisefähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
7. Bestanden zum Zeitpunkt der <b>Reisebuchung</b> Bedenken gegen den Antritt der Reise? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wurden Sie vom Patienten danach gefragt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann? Datum: ____/____/_____		
War zu diesem Zeitpunkt mit einer völligen Wiedergenesung bis zum Reisezeitpunkt zu rechnen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn nein, bitte um kurze Begründung: Konnten Sie dies dem Patienten sicher zusagen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

### Europ Assistance Services GmbH

Infanteriestr. 11 - 80797 München - Deutschland - Telefon : +49 (0)89 411 116 - 111-Telefax: +49 (0)89 55 987 156  
Sitz der Gesellschaft: München - Geschäftsführer: Dr. Florian Sallmann, Josef Woerner, Oliver Bolwerk  
Bayerische Landesbank Girozentrale München, BLZ 700 500 00, Konto-Nr. 53996  
Registergericht: München HRB 67520 – Ust.- IdNr. DE 811120614  
[www.europ-assistance.de](http://www.europ-assistance.de)

8. Welche Medikation und Therapie/Maßnahmen haben Sie verordnet?

8.1. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

8.2. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Nein  
 Wenn ja, bitte um Angabe der Dauer (von – bis)  
(Bitte fügen Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes bei)

–

8.3. Bestand Arbeitsunfähigkeit?

- Nein  
 Wenn ja, bitte um Angabe der Dauer (von – bis)

–

8.4. Erfolgte eine Überweisung zum Facharzt? Wenn ja, bitte Name und Adresse des Facharztes:

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

- Nein  
 Wenn ja, bitte nennen Sie uns die Diagnose(n) und den/die dazugehörigen ICD10-Code(s)

9.1. Hat sich die bestehende Vorerkrankung unerwartet verschlechtert?

- Nein  
 Wenn ja, wann? Wie hat sich dies geäußert? (Neue Diagnosen?)

### 3. Krankheit/Unfall von nicht an der Reise teilnehmenden Angehörigen

Name	Vorname	Geburtsdatum
Verwandtschaftsgrad: (Bitte Nachweis Verwandtschaftsgrad beifügen)		
Krankheitsbezeichnung:	Wann trat die Krankheit auf?/Wann ereignete sich der Unfall?	

#### Europ Assistance Services GmbH

Infanteriestr. 11 - 80797 München - Deutschland - Telefon : +49 (0)89 411 116 - 111-Telefax: +49 (0)89 55 987 156  
Sitz der Gesellschaft: München - Geschäftsführer: Dr. Florian Sallmann, Josef Woerner, Oliver Bolwerk  
Bayerische Landesbank Girozentrale München, BLZ 700 500 00, Konto-Nr. 53996  
Registergericht: München HRB 67520 – Ust.- IdNr. DE 811120614  
[www.europ-assistance.de](http://www.europ-assistance.de)

Erfolgte eine stationäre Behandlung?

- Nein  
 Wenn ja, bitte um Angabe der Dauer (von –bis)

–

Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des/der Patienten-/in angezeigt war?

#### 4. Bei Rücktrittsgrund Schwangerschaft

1. Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

2. In welcher Schwangerschaftswoche befand sich die Patientin?

3. Sind Komplikationen aufgetreten?

- Nein  
 Wenn ja, wann sind diese aufgetreten? Um welche Komplikationen handelt es sich?

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

#### **Europ Assistance Services GmbH**

Infanteriestr. 11 - 80797 München - Deutschland - Telefon : +49 (0)89 411 116 - 111-Telefax: +49 (0)89 55 987 156  
Sitz der Gesellschaft: München - Geschäftsführer: Dr. Florian Sallmann, Josef Woerner, Oliver Bolwerk  
Bayerische Landesbank Girozentrale München, BLZ 700 500 00, Konto-Nr. 53996  
Registergericht: München HRB 67520 – Ust.- IdNr. DE 811120614  
[www.europ-assistance.de](http://www.europ-assistance.de)