

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg

Vorgangsnummer:

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,

wir bitten Sie die nachstehenden Fragen im Interesse unseres Kunden/Ihres Patienten vollständig zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reise-Rücktrittskosten-Versicherung beurteilen können.

Name

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort des Patienten

Krankheit/Unfall

1. a. Genaue Diagnose mit ICD-Code

b. Vorgeschichte/Gesamtanamnese (ggf. Extrablatt)

2. Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall?

3. Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht?

4.a. Bestand Arbeitsunfähigkeit?

Nein

Ja, vom

bis

wenn ja, bitte eine Kopie der AU-Bescheinigung beifügen!

b. wenn nein, bitte Begründung

5. Stationäre Behandlung?

Nein

Ja, vom

bis

Wenn ja, bitte auch unbedingt den Entlassungsbericht oder den Aufnahmebefund beifügen!

6. Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet?

Bitte auch die verschiedenen Medikamente angeben!

7.a. Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung im einzelnen Behandlungen? (Datumsangaben erbeten!)

b. Welche Untersuchungen wurden im einzelnen durchgeführt?

8.a. Bestand die Krankheit schon längere Zeit?

Nein

Ja, seit wann genau?

b. Wann erfolgten insbesondere in den beiden letzten Jahren im einzelnen Behandlungen zu der/den oben angegebenen Erkrankung/en? (Datumsangaben erbeten!)

c. An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung aufgrund einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?

9. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung (Datum) Bedenken, ob der/die Patient/in die geplante Reise ohne gesundheitliches Risiko durchführen kann?

Datum

10. Wurden Sie nach der Reisefähigkeit gefragt?

Nein

Ja, erstmals am

Letztmalig am

11. Wann (Datum) haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten?

Datum

12. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt?

Nein

Ja, am

Bitte den Namen und die Anschrift des Arztes hier angeben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes