

# EMSLAND-CAMP

## Ärztliche Bescheinigung

### A. Krankheit / Unfall der versicherten Person

### Reservierungsnummer

Bitte trage in dieses Formular unter der entsprechenden Rubrik (A, B oder C) in die blau umrandeten Felder deine persönlichen Daten und Buchungsdaten ein. Gib danach das Formular bitte an den behandelnden Arzt weiter.

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname	Name
Geburtsdatum		Reiseziel / Veranstaltungsort	
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	Reise- / Veranstaltungsende	

#### Krankheit / Diagnose, die zur Reise- / Teilnahmeunfähigkeit führte:

Krankheitsbezeichnung

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

#### Wann wurde diese Diagnose gestellt?

Datum

#### Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome, die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?

Datum

#### Hätte der / die Patient(in) zum Zeitpunkt dieses ersten Arztbesuches reisen / an der Veranstaltung teilnehmen können?

Ja  Nein / Nicht zumutbar

Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen haben Sie verordnet?

Weitere Behandlungsdaten

#### Überweisung an Facharzt

Name und Anschrift des Facharztes

Nein  Ja

#### Bestand Arbeitsunfähigkeit?

vom

bis

Nein  Ja

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

seit

Nein  Ja

Diagnose der Vorerkrankungen

ICD 10 Code (bitte unbedingt angeben)

#### Falls es sich um eine chronische Erkrankung handelt: Wann kam es letztmals zu einem akuten Schub?

Datum

#### Wurden Sie vor Buchung der Reise / Veranstaltung (siehe o. g. Buchungsdatum) vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?

Nein  Ja

#### Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?

Datum

Gesundheitliche Risiken

#### Stationäre Behandlung

vom

bis

Nein  Ja

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

▶ Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei.

#### Ab wann war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der Reise / Veranstaltung nicht mehr möglich?

Datum

#### Falls dieses Datum vom Datum des ersten Arztbesuchs abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe:

(Die Überprüfung der Angaben durch den medizinischen Dienst der AWP P&C S.A. behalten wir uns vor.)

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

## B. Krankheit / Unfall nicht reisender / teilnehmender Angehöriger

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname	Name
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum			
<input type="text"/>			

Diagnose

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Wann trat die Krankheit auf? / Wann ereignete sich der Unfall?

Datum

Stationäre Behandlung

vom

bis

Nein  Ja

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

Datum

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

## C. Schwangerschaft der versicherten Person

Vorname	Name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstaltungsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	Reise- / Veranstaltungsende
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum

Schwangerschaftswoche

Errechneter Entbindungstermin

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise / die Teilnahme an der Veranstaltung in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

Datum

Schwangerschaftswoche

Was war der Grund für diese Beurteilung?

Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen?

Um welche Komplikationen handelte es sich?

Nein  Ja

Stationäre Behandlung

vom

bis

Nein  Ja

Sonstige Gründe:

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

**EMSLAND-CAMP**  
**Thorsten Gerke**  
**Harener Str. 34**  
**49733 Haren-Fehndorf**

**info@emsland-camping.de**