

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.

☐ Herr	☐ Frau	Vorname	Name
Geburtsdatum		Reiseziel	
Buchungsdatum		Reisebeginn	Reiseende

Krankheit / Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte:

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Krankheitsbezeichnung

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 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

Bitte legen Sie die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei.

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 (siehe o. g. Buchungsdatum) vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?

☐ Nein ☐ Ja

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise 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 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

☐ Herr ☐ Frau	Vorname	Name
Geburtsdatum		

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	
Geburtsdatum	Reiseziel	
Buchungsdatum	Reisebeginn	Reisesende

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum

Schwangerschaftswoche

Errechneter Entbindungstermin

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise 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