



Offen für alle

Bayerische Beamten Versicherungen

TravelProtect
Schadenservice
Alfred-Nobel-Str. 20

97080 Würzburg

Ärztliche Bescheinigung

Sehr geehrte Frau Doktor,
Sehr geehrter Herr Doktor,

bitte berichten Sie und über diesen Unfall bzw. diese Erkrankung und die Folgen. Beachten Sie dabei bitte die untenstehenden Hinweise – **soweit angekreuzt**.

Versicherungs-Nr.:

Schaden-Nr.:

Versicherte Person

Name	<input type="text"/>	Straße	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		

Eine schriftliche Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- liegt vor
- liegt nicht vor
- erteilt die verletzte Person durch Übergabe dieses Formulars

A Krankheit / Unfall der versicherten Person

01 Krankheit/Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte:
genaue Diagnose

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? Nein Ja

Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen haben Sie verordnet?

Weitere Behandlungsdaten?

Bestand Arbeitsunfähigkeit? Nein Ja von bis

02 Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? Nein Ja

wenn ja, bitte genaue Diagnose mit ICD 10 Code

Wenn ja, seit wann?
Datum

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?
Datum

03 Fand eine stationäre Behandlung statt? Nein Ja von bis

Name, Anschrift des Krankenhauses

Name, Anschrift des einweisenden Arztes

Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei

04 Ab welchem Zeitpunkt war, nach objektiver Einschätzung, der Antritt der Reise gesundheitlich: nicht zumutbar
Datum

nicht möglich
Datum

Falls diese Daten vom Datum des ersten Arztbesuchs abweichen, nennen Sie bitte die Gründe:

B Krankheit nicht reisender Angehöriger

05 Betroffene/Behandelte Person:
Name, Vorname und Geburtsdatum der behandelten Person

Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherungsnehmer

Krankheit / Diagnose:
genaue Diagnose

ICD 10 Code

Wann trat die Krankheit auf?
Datum

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

C Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?
Datum

In welcher Schwangerschafts-
woche befindet sich Ihre Patientin
derzeit?
Schwangerschaftswoche

Wann wurde 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? Nein Ja
welche Komplikationen

Sonstige Gründe?

Gebühren

Die Gebühren für diese Bescheinigung gehen zu Lasten der versicherten Person. Bitte rechnen Sie Ihre Gebühren mit dieser direkt ab.

Sind Sie mit der Herausgabe
dieses Berichts an die
versicherte Person
einverstanden (**bitte
ankreuzen**)? Ja
 Nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes