

## Bescheinigung des behandelnden Arztes

**Evtl. Kosten des Attestes können im Rahmen dieser Versicherung leider nicht übernommen werden.**

**Schadensnummer**

**Name, Vorname des Patienten**  **Geburtsdatum**

**Anschrift**

**Buchungsdatum**  **Reiseland**  **Reise von - bis**

### A. Bei Krankheit/ Unfall eines Reiseteilnehmers

**1. Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte:**  **ICD10CODE**

1.1 Wann erkrankte bzw. verunfallte der Patient? Datum (TTMMJJ)

1.2 Wann erfolgte die erste Behandlung der Symptome?

1.3 Medikation und therapeutische Maßnahmen:

1.4 War eine stationäre Behandlung nötig?  nein  ja, von - bis

1.5 Bestand Arbeitsunfähigkeit?  nein  ja, von - bis

**2. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht?**  nein  ja

Falls ja,  
wann fanden die einzelnen Behandlungen statt?

Ist eine unvorhergesehene Verschlechterung eingetreten?  nein  ja

Falls ja, worin bestand diese?

**3. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?**  nein  ja

Falls ja,  
welche?

Welche Medikation und therapeutischen Maßnahmen wurden eingeleitet bzw. durchgeführt?

**4. Wann war erstmalig erkennbar, dass der Patient die Reise nicht antreten bzw. fortsetzen kann?** Datum (TTMMJJ)

Falls dieses Datum vom Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens abweicht, bitten wir um eine entsprechende Erläuterung:

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

**1. Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte:**  **ICD10CODE**

1.1 Wann erkrankte bzw. verunfallte der Patient? Datum (TTMMJJ)

1.2 Wann erfolgte die erste Behandlung der Symptome? Datum (TTMMJJ)

Bitte weiter auf Rückseite

Dieses Anschriftenfeld eignet sich zum Versand in Fensterbriefhüllen

An  
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-AG  
Transportabteilung  
Voltastraße 84  
60486 Frankfurt

1.3 Medikation und therapeutische Maßnahmen:

  

1.4 War eine stationäre Behandlung nötig?  nein  ja, von - bis

1.5 Bestand Arbeitsunfähigkeit?  nein  ja, von - bis

**2. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht?**  nein  ja

Falls ja, wann fanden die einzelnen Behandlungen statt?

Ist eine unvorhergesehene Verschlechterung eingetreten?  nein  ja

Falls ja, worin bestand diese?

**3. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?**  nein  ja

Falls ja, welche?

Welche Medikation und therapeutischen Maßnahmen wurden eingeleitet bzw. durchgeführt?

**4. Wann war erstmalig erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des Patienten angezeigt ist?** Datum (TTMMJJ)

Falls dieses Datum vom Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens abweicht, bitten wir um eine entsprechende Erläuterung:

**5. Warum ist die Anwesenheit der Angehörigen erforderlich?**

**C. Bei Schwangerschaft**

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt? Datum (TTMMJJ)  Woche  Wie lautet der errechnete Entbindungstermin? Datum (TTMMJJ)

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt bzw die Fortsetzung der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar ist? Datum (TTMMJJ)  Weshalb war die Reise aufgrund der Schwangerschaft nicht zumutbar?

**Ort, Datum**  **Stempel und Unterschrift des Arztes**

Wir wollen Ihre Ansprüche schnell prüfen. Hierzu ist es erforderlich, weitere Informationen einzuholen. Damit uns behandelnde Ärzte Auskunft geben dürfen, benötigen wir eine Schweigepflichtentbindungserklärung.

**Wir sind gesetzlich verpflichtet darauf hinzuweisen, dass Sie diese Erklärung nicht abgeben müssen bzw. sie jederzeit widerrufen können.**

**Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht**

Die KRAVAG-LOGISTIC prüft die Ansprüche aus dem o. g. Schadenfall.

Dazu befreie ich Ärzte, ärztliche Einrichtungen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Die Mitarbeiter der KRAVAG-LOGISTIC entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, wenn sie zur Leistungsprüfung Gesundheitsdaten weitergeben.

**Ort, Datum**  **Unterschrift des Patienten**