

Abwicklungsstelle

KAERA Aktiengesellschaft, Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel

Tel: 06172 / 17 98 100

leistung@kaera-ag.de, www.kaera-ag.de

An den behandelnden Arzt/ Ärztin



KAERA AG

ist Schadenregulierungsbüro von

Reiseversicherungen ➔ **direkt.de**



Ärztliche Bescheinigung zur Reiseversicherung

Schadennummer:

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

als Abwicklungsstelle für den Reiseschutz sind wir mit der Prüfung der Eintrittspflicht und Regulierung einzelner Ersatzansprüche beauftragt.

Es werden Ansprüche aus einer bestehenden Reiserücktritts- bzw. Reiseabbruchkosten-Versicherung geltend gemacht. Gemäß Artikel 7 der Versicherungsbedingungen zum Reiseversicherungsschutz ist die versicherte Person verpflichtet, die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht zu entbinden.

Die Kosten dieser Bescheinigung sind nicht ersatzpflichtig. Bitte senden Sie uns diese ärztliche Bescheinigung ausschließlich als Original zurück. Kopien können nicht anerkannt werden.

Sie können uns das ausgefüllte und unterschriebene Dokument als Scan per E-Mail unter leistung@kaera-ag.de oder auf dem Postweg übermitteln.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

Kundenservice der KAERA Aktiengesellschaft

Abwicklungsstelle

KAERA Aktiengesellschaft, Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel
Tel: 06172 / 17 98 100
leistung@kaera-ag.de, www.kaera-ag.de



KAERA AG

Anhang_Ärztliche Bescheinigung_Angehörige

Schadennummer

Von KAERA auszufüllen

ist Schadenregulierungsbüro von

Reiseversicherungen direkt.de



Angaben zur Patientin

Anrede	Vorname	Nachname
Straße	Hausnummer	Geburtsdatum
Postleitzahl	Ort	Land

Angaben zur Erkrankung

Wie lautet Ihre Diagnose, welche zur Reiseunfähigkeit führte?

Diagnose - bitte beschreiben	ICD 10 Code
------------------------------	-------------

Was ist der Grund für die Diagnose?

Unfall	Erkrankung
--------	------------

Wann erkrankte der Patient daran bzw. wann war der Unfall?

_____ Datum

Wann erfolgte die erste Behandlung dieser Krankheit/ des Unfall?

_____ Datum

Wann wurde der erste Behandlungstermin vereinbart?

_____ Datum

Efolgten seit dem Datum weitere Behandlungen?

Ja	Nein
----	------

Falls ja, geben Sie bitte nachfolgend alle Behandlungstermine, Behandlungen, Diagnosen, verordnete Medikamente an.

Genaueres Datum	Art der Behandlung	Diagnose mit ICD Code	Medikament
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wann endet die Behandlung?

_____ Datum

Ärztliche Bescheinigung_Angehörige

Schadennummer

Patient*in

Angaben zum Patient*in

Haben in den letzten 6 Monaten vor Reisebuchung Behandlung zur aktuellen Diagnose stattgefunden?
Ausgenommen sind Behandlungen bezüglich Vorsorge- und Routineuntersuchungen.

Ja - falls ja, bitte nachstehend erläutern

Nein

Genaues Datum	Art der Behandlung	Diagnose mit ICD Code	Medikament
___ . ___ . _____	_____	_____	_____
___ . ___ . _____	_____	_____	_____
___ . ___ . _____	_____	_____	_____
___ . ___ . _____	_____	_____	_____
___ . ___ . _____	_____	_____	_____
___ . ___ . _____	_____	_____	_____
___ . ___ . _____	_____	_____	_____

War eine stationäre Behandlung notwendig?

Oder Notaufnahme?

Ja

Nein

Ja

Nein

Falls ja, bitte nachstehend detaillieren und **Entlassungsbericht des Krankenhauses beilegen**

___ . ___ . _____ Datum	_____ Name des Krankenhauses/ Klinik	_____ Name des einweisenden Arztes
----------------------------	---	---------------------------------------

Bestand eine Arbeitsunfähigkeit?

Ja

Nein

Falls ja, bitte nachstehend detaillieren und **alle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen beilegen**

Arbeitsunfähigkeit:

von - bis

___ . ___ . _____
Datum

___ . ___ . _____
Datum

Ist der Patient berufstätig?

Ja

Nein

Ist der Patient selbstständig?

Ja

Nein

Ist der Patient berentet?

Ja

Nein

Falls keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beilag, **bitte kurz erläutern**

Ärztliche Bescheinigung_Angehörige

Schadennummer

Patient*in

Angaben zum Patient*in

Handelt es sich um eine Erkrankung, die schon seit längerer Zeit besteht?

Nein

Ja, seit

____.____._____
Datum

Wann ist eine

Verschlechterung eingetreten?

____.____._____
Datum

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

____.____._____
Datum (genau)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes