

## 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](https://www.direkt.de)



## Ärztliche Bescheinigung zur Reiseversicherung

Schadensnummer:

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](mailto: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

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

# KAERA

Aktiengesellschaft

**KAERA AG**

ist Schadenregulierungsbüro von

Reiseversicherungen → **direkt.de**

**KAERA**  
Makler

## Anhang\_Ärztliche Bescheinigung

### Schadenummer

Von KAERA auszufüllen

### Angaben zum Patient\*in

_____	_____	_____
Anrede	Vorname	Nachname
_____	_____	_____
Straße	Hausnummer	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Postleitzahl	Ort	Land

### Angaben zur Erkrankung

Wie lautet Ihre Diagnose, welche zur Reiseunfähigkeit führte?

\_\_\_\_\_ ICD 10 Code \_\_\_\_\_

Diagnose - bitte beschreiben \_\_\_\_\_

Was ist der Grund für die Diagnose?

Unfall                      Erkrankung

Wann erkrankte der Patient daran bzw. wann war der Unfall?                      Wann erfolgte die erste Behandlung dieser Krankheit/ des Unfall?

\_\_\_\_\_ Datum                      \_\_\_\_\_ Datum

Bestand zu diesem o.g. Zeitpunkt uneingeschränkte Reisefähigkeit?

Nein                      Ja                      Falls ja, ab wann bestand keine **uneingeschränkte** Reisefähigkeit?

\_\_\_\_\_ Datum                      \_\_\_\_\_ Datum

Wann wurde der erste Behandlungstermin vereinbart?

Datum \_\_\_\_\_

Erfolgten seit dem Datum weitere Behandlungen?

Ja                      Nein

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

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

Wann endet die Behandlung?

\_\_\_\_\_ Datum

# Ärztliche Bescheinigung

## 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

Genaueres 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

## Schadennummer

## Patient\*in

### Angaben zum Patient\*in

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

Nein                      Ja, seit         ·   ·                         Wann ist eine  
Datum                      Datum                      Verschlechterung eingetreten?      Datum

Wurden Sie zur Zeit der Reisebuchung über die bevorstehende/ geplante Reise informiert?

Ja                      Nein                      Wurden Sie als Arzt dazu                      Ja, am                      Nein  
gefragt?                      Datum

Durfte der Patient bei Buchung **sicher** mit planmäßigem Antritt der Reise rechnen?

Ja                      Nein                      Wann durfte in Anbetracht der gestellten Diagnose  
**nicht mehr sicher** mit dem planmäßigen Antritt der                      Datum  
Reise gerechnet werden?

Wenn dieses Datum vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns abweicht, benennen Sie hierfür bitte den Grund:

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

Nein                      Ja, seit         ·   ·     
Datum

Nennung der Diagnose der Vorerkrankung

ICD 10 Code

Bei Vorerkrankung unbedingt angeben

Sind aufgrund der vorgenannten Vorerkrankung ständige ärztliche                      Ja                      Nein  
Kontrollen notwendig?

Wurden Sie **zur Reisebuchung**                      Ja                      Nein  
nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?                      Datum Buchung

Bestand zum Zeitpunkt der Reisebuchung eine uneingeschränkte                      Ja                      Nein  
Reisefähigkeit?

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes