

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

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 Reiserücktrittskosten- bzw. Reiseabbruchkosten-Versicherung geltend gemacht. Gemäß Artikel 6 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

Anhang_Ärztliche Bescheinigung

Schadennummer

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?

_____ Datum

Wann erfolgte die erste Behandlung dieser Krankheit/ des Unfall?

_____ Datum

Bestand zu diesem o.g. Zeitpunkt uneingeschränkte Reisefähigkeit?

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

Falls ja, ab wann bestand keine uneingeschränkte Reisefähigkeit?

_____ 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

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

War eine stationäre Behandlung notwendig?

Ja

Nein

Oder Notaufnahme?

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

____.____._____
Datum

Wann ist eine

Verschlechterung eingetreten?

____.____._____
Datum

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

Ja

Nein

Wurden Sie als Arzt dazu
gefragt?

Ja, am

____.____._____
Datum

Nein

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
Reise gerechnet werden?

____.____._____
Datum

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
Kontrollen notwendig?

Ja

Nein

Wurden Sie **ÖIÎ)ÈÒÀ Í ÓÁÔÊÄÎÔÄÎ ÔÏÒ Reisebuchung**
nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?

____.____._____
Datum Buchung

Ja

Nein

Bestand zum Zeitpunkt der Reisebuchung eine uneingeschränkte
Reisefähigkeit?

Ja

Nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes