

# Medizinisches Formular

An den : Medizinischen Dienst der Allianz Partners  
32, Boulevard Roi Albert II, 1000 Brüssel  
Tel.: +32 2 290 64 68  
E-Mail: claims.be@allianz.com

### Vom Arzt auszufüllen

Schlecht ausgefüllte Formulare verzögern die Bearbeitung. Der Versicherungsnehmer bittet Sie, das Formular auszufüllen. Bitte übergeben Sie dem Versicherten das vollständig ausgefüllte und zusammengeklebte Formular. Vielen Dank.

## 1 Reisenden Details

Aktennr:

Nr. der Versicherungspolice:

Vorname:

Nachname:

Adresse:

## 2 Patienten Details

Vorname:

Nachname:

Adresse:

## 3 Bezüglich des Patiente

### Bezüglich des Reisenden und des Patienten:

1. Datum, seit dem die Unmöglichkeit des Reisens bestand oder besteht: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. Grund der Stornierung:      Krankheit      Unfall

3. Genaue Beschreibung der Diagnose, aufgrund derer die Reise storniert wurde:

Durchgeführte Untersuchungen:

Art der Behandlung:

Art der Medikamente:

Dauer und Häufigkeit:

Datum, an dem der Patient zum ersten Mal behandelt wurde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Datum des letzten Behandlungstermins: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4. Müssen die Aktivitäten unterbrochen werden?      Nein      Ja      Vom: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Bis zum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5. Mustte der Patient im Krankenhaus behandelt werden?      Nein      Ja      Vom: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Bis zum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

6. War der Patient in der Vergangenheit schon einmal in Behandlung für die Krankheit / den Unfall, der jetst der Grund der Reisestornierung ist?

Nein      Ja      Vom: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Bis zum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Wenn ja, wurde die Krankheit / der Unfall stabilisiert und seit wann?

Nein      Ja      Vom: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Bis zum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Handelt es sich beim vorliegenden Fall um einen Rückfall oder eine Komplikation?

Nein      Ja      Vom: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Bis zum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

7. Vorgeschichte: Medizinisch:

Chirurgisch:

8. Im Falle einer Schwangerschaft : Voraussichtlicher Geburtstermin: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

9. Bemerkungen:

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unterschrift des Arztes:

Bitte beachten Sie, dass alle Fragen müssen beantwortet werden. Das Formular muss innerhalb von 30 Tage