

Name des Vermietungsbüros \_\_\_\_\_ Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Name des Mieters \_\_\_\_\_ Schadensnummer \_\_\_\_\_

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

## Bezahlt von der versicherten Person

Bei Stornierung wegen Krankheit/Unfallverletzung muss das ärztliche Attest vom Patienten und seinem Arzt so schnell wie möglich ausgefüllt und an Europæiske Rejseforsikring gesandt werden.

### Kontaktdaten des Patienten

Muss nur ausgefüllt werden, wenn der Patient/die Patientin nicht mit der versicherten Person identisch ist.

Name	Straße/Hausnummer
PLZ/Wohnort	Telefon

### Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass sich die Versicherungsgesellschaft Europæiske Rejseforsikring A/S bei Rückfragen direkt an den Arzt bzw. das Krankenhaus wendet, der/das diese ärztliche Bescheinigung ausgestellt hat. Die Mitarbeiter der Europæiske Rejseforsikring A/S entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratende, externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Ich gebe gleichzeitig eine eidesstattliche Versicherung ab, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind, und dass ich nichts verschwiegen habe.

\_\_\_\_\_ Datum / \_\_\_\_\_ 20

Unterschrift des Patienten / der versicherten Person

### Ist vom Arzt des Patienten auszufüllen

Name des Patienten	Geburtsdatum
--------------------	--------------

Genaue Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist die Krankheit des Patienten akut entstanden?

Ja  Nein Wenn nein, sehen Sie unter chronische Erkrankungen.

*Unter akuter Krankheit ist eine neuentstandene chronische oder ein Verdacht auf ernste, neuentstandene Krankheit zu verstehen.*

Wann entstanden die Symptome der Krankheit des Patienten?	Datum der ersten ärztlichen Untersuchung	War die Krankheit zum Zeitpunkt der Reisebuchung bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--	--

Im Fall einer chronischen Erkrankung:

Wann wurde die Krankheit des Patienten festgestellt? \_\_\_\_\_

Handelt es sich um eine akute Verschlechterung?

Ja  Nein Wenn ja: Worin besteht die Verschlechterung? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann entstand ärztlicherseits Bedenken gegen den Antritt der Reise?

Eventuelle ärztliche Bemerkungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name, Anschrift, PLZ, Wohnort, Telefon des Arztes (Stempel):

Sind Sie der Hausarzt des Patienten?

Ja  Nein Wenn nein, bitte Hausarzt angeben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum / \_\_\_\_\_ 20

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Die durch die Ausstellung der ärztlichen Bescheinigung entstandenen Kosten sind von der versicherten Person/dem Patienten zu zahlen.