

Bitte vollständig ausfüllen und zurückschicken an:

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstr. 11
97070 Würzburg

Versicherungsnummer:
Vorgangsnummer:
Versicherte Person:

Fragebogen für den Arzt

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,
wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse unseres Kunden / Ihres Patienten vollständig zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reiseversicherung beurteilen können.

Angaben zum Patienten	
Name	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Krankheit/Unfall	
1. a) Genaue Diagnose mit ICD-Code	
b) Vorgeschichte/Gesamtanamnese (ggf. Extrablatt)	
2. Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall?	
3. Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht?	
4. a) Bestand Arbeitsunfähigkeit?	☐ Nein ☐ Ja, vom bis Wenn ja, bitte eine Kopie der AU-Bescheinigung beifügen.
b) Wenn nein, bitte Begründung	
5. Stationäre Behandlung?	☐ Nein ☐ Ja, vom bis Wenn ja, bitte Entlassungsbericht oder Aufnahmebefund beifügen.
6. Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet?	
Bitte geben Sie die verschiedenen Medikamente an.	
7. a) Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung im einzelnen Behandlungen? (Datumsangaben erbeten)	
b) Welche Untersuchungen wurden im Einzelnen durchgeführt?	
8. a) Bestand die Krankheit schon längere Zeit?	☐ Nein ☐ Ja, seit
b) Wann erfolgten insbesondere in den letzten beiden Jahren im einzelnen Behandlungen zu oben angegebenen Erkrankungen? (Datumsangaben erbeten)	
c) An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung aufgrund einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?	
9. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung Bedenken, ob der/die Patient/in die geplante Reise ohne gesundheitliches Risiko durchführen kann?	
Datum	
10. Wurden Sie nach der Reisefähigkeit gefragt?	☐ Nein ☐ Ja, erstmals am Letztmalig am
11. Wann haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten? (Datum)	
Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt?	☐ Nein ☐ Ja, am
Bitte den Namen und die Anschrift des Arztes angeben.	
Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Arztes	