

B. Krankheit / Unfall nicht reisender / teilnehmender Angehöriger

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum		

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnose	ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)	
Wann trat die Krankheit auf? / Wann ereignete sich der Unfall?	<input type="text"/>	
	Datum	
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	
	vom	
	<input type="text"/>	
	bis	
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des / der Patienten / Patientin angezeigt war?	<input type="text"/>	
	Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes

C. Schwangerschaft der versicherten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname	Name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstaltungsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	Reise- / Veranstaltungsende
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Schwangerschaftswoche	Errechneter Entbindungstermin
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise / die Teilnahme an der Veranstaltung in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Schwangerschaftswoche	
Was war der Grund für diese Beurteilung?		
<input type="text"/>		

Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Um welche Komplikationen handelte es sich?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	vom	bis
Sonstige Gründe:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes