

VOM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN (bei fachärztlichen Behandlungen an den Facharzt, bei Spitalsaufenthalt an das Spital)		
a)	Name und Adresse des Patienten	Geburtsdatum
b)	Genaue Diagnose (bitte leserlich)	
c)	Seit wann besteht diese Krankheit bzw. Verletzung?	Datum
d)	Krankmeldung bei Sozialversicherung	von bis
e)	Ist die Krankheit plötzlich aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
f)	Handelt es sich um die Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
g)	Müssen Sie aufgrund dieser Krankheit Ihrem Patienten die Urlaubsreise verbieten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
h)	Ist diese Krankheit medizinisch als schwer zu betrachten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
i)	Ist diese Krankheit mit Lebensgefahr verbunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
j)	Wann stand für Sie die Reiseverhinderung fest?	Datum:
k)	War der Patient bei Buchung der Reise beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Schwangerschaften bitte ZUSÄTZLICH beantworten		
a)	War ab Schwangerschaftsbeginn oder später mit Komplikationen zu rechnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, welcher Art?	
b)	Sind diese Komplikationen schon bei früheren Schwangerschaften aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Sonstige Feststellungen	

_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Arztes
------------------------	--