

Art der Verletzungen?

.....
.....
.....

Liegt nach dem Unfall eine permanente Invalidität vor? ja nein

Wenn ja, **Name und Adresse des behandelnden Arztes angeben:**

.....
.....

Krankheit

Diagnostik:

.....

Handelt es sich dabei um eine Erkrankung an der der Patient schon seit längerem leidet? ja nein

Wenn ja, **fügen Sie das anliegende medizinische Gutachten bei!**

ZUSATZINFORMATIONEN:

Besteht eine zusätzliche Deckung einer Krankenkasse, eines anderen Vorsorge-oder Rettungsunternehmen (zb: Caisse médico chirurgicale mutualiste, Air Rescue, Kreditkarte, ...) oder eines anderen Versicherers?

Name

.....

Vorname

.....

Ortschaft

.....

Postleitzahl

..... -

Straße und Hausnummer

.....

Mitglieds-N°, Kreditkarten-N°, Police-N°

.....

Name

.....

Vorname

.....

Ortschaft

.....

Postleitzahl

..... -

Straße und Hausnummer

.....

Mitglieds-N°, Kreditkarten-N°, Police-N°

.....

FOLGENDE SCHADENANZEIGE BEZIEHT SICH AUF KOSTEN IN BEZUG AUF:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ein Krankenhausaufenthalt im Ausland | <input type="checkbox"/> Einen medizinischen oder chirurgischen Eingriff | <input type="checkbox"/> Eine Verlängerung des Aufenthaltes |
| <input type="checkbox"/> Die Verschreibung von Medikamenten | <input type="checkbox"/> Einen medizinisch organisierten Rücktransport | <input type="checkbox"/> Such- und Bergungskosten im Ausland |
| <input type="checkbox"/> Eine Besuchsreise eines Verwandten bei Krankenhausaufenthalt im Ausland | | |

Der / Die Unterzeichnende versichert, dass er alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht hat.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Versicherten mit dem Vermerk
"gelesen und für richtig befunden"

BITTE SENDEN SIE UNS AUSSERDEM UNVERZÜGLICH AUCH FOLGENDE DOKUMENTE

- Die originalen Abrechnungen der Krankenkasse und/oder Vorsorgekasse
- Die quittierten Rechnungen
- Kopie der medizinischen Verschreibung
- Im Falle eines Unfalls den amtlichen Protokoll der lokalen Behörden
- Das medizinische Gutachten
- Im Todesfall bei Unfall: Todesurkunde

MEDIZINISCHES GUTACHTEN (VON IHREM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN)

Luxair Reservationsnummer: Datum der Reservierung: / /

Name des Patienten

Vorname des Patienten

Ortschaft Postleitzahl -

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum
 / /

Datum der Untersuchung
 / /

Genaue Beschreibung der Diagnose (Art der Erkrankung / Symptome):

.....
.....
.....
.....

1. Datum der ersten Untersuchung: / /

2. Behandlung:

3. Datum der letzten Untersuchung: / / Ursache:

4. Handelt es sich dabei um eine Erkrankung an der der Patient schon seit längerem leidet? ja nein

• Wenn ja, - seit wann: / /

• Dauer der Behandlung:

• Hat die Krankheit sich verschlechtert? ja nein

5. Wäre der Patient am Tag der Reservierung reisefähig gewesen (am / /)? ja nein

6. Befand oder befindet sich der Patient in einem Krankenhaus?

• Wenn ja, vom / / bis / /

7. Wurde dem Patienten von Antritt oder Fortsetzung der Reise abgeraten? ja nein

• Wenn ja, wann? / /

• Weshalb?

Weitere Anmerkungen:

Hiermit trete Ich meine Ansprüche gegen meine Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenversicherung an die DKV Luxembourg S.A. ab.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes
mit dem Vermerk "Als aufrichtig und wahrheitsgerecht beglaubigt"

Die Kosten diese medizinischen Gutachtens gehen zu Lasten des Patienten.