

▶ BITTE SENDEN SIE ALLE UNTERLAGEN AN:

Europ Assistance Services GmbH  
Adenauerring 9  
81737 München

▶ ODER HÄNDIGEN SIE DIESE IHRER PATIENTIN / IHREM PATIENTEN AUS

## 1. Behandelnde(r) Ärztin / Arzt

Name:	Vorname:	Stempel:
-------	----------	----------

Anschrift:
------------

## 2. Betroffene Person

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

Unser Aktenzeichen (falls bekannt):
-------------------------------------

## 3. Medizinisches Ereignis

Für die Änderung der Reise ursächliche Diagnose(n):	Krankheit	Unfall	Schwangerschaft
DIAGNOSE Bezeichnung:	ICD-Code:		

Beginn Symptome:	Erstvorstellung in der Praxis:	Erstdiagnose:		
Ab wann war die Person nicht reisefähig?		Wann hat die Person Sie danach gefragt?		
Wann war die Person wegen der o.g. Diagnose/n in den letzten 24 Monate in Ihrer Praxis?				
Datum:		Kontrolluntersuchung	Behandlung	
Beschreibung:				
Datum:		Kontrolluntersuchung	Behandlung	
Beschreibung:				
Datum:		Kontrolluntersuchung	Behandlung	
Beschreibung:				
Datum:		Kontrolluntersuchung	Behandlung	
Beschreibung:				
Überweisung zur Fachärztin / zum Facharzt?	ja	nein	Datum:	
Krankenhausaufenthalt:	ja	nein	von:	bis:

## Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ort:	Datum:	Unterschrift:
------	--------	---------------

▶ Bitte beachten Sie, dass wir bei Bedarf weitere Informationen anfordern können.