



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 Reservierungsnummer: ..... Datum der Reservierung:  /  /

Name des Patienten

Vorname des Patienten

Ortschaft  Postleitzahl  -

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum  
 /  /

Datum der Untersuchung  
 /  /

## Genauere 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: .....

Ort und Datum

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

Die Kosten dieses medizinischen Gutachtens gehen zu Lasten des Patienten.