

ETI Schutzbrief

TAS Assurances SA Ch. de Blandonnet 4 Case Postale 820 1214 Vernier Tél.: +41 58 827 64 12 Fax: +41 58 827 51 40

Mitglieder-Nr.

www.eti.ch

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Füllen Sie bitte alle Spalten in Druckbuchstaben aus und senden uns das ausgefüllte Formular unterschrieben und datiert zurück.

Persönliche Daten des Inhabers des El	TI Schutzbriefes d	der die Reise annulliert/verschoben hat:
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:		
Telefon:		
Strasse:	Nr.:	PLZ:
Ort:		
Daten der Reise / Miete: vom		bis
Buchungsdatum:		
Reiseziel / Reiseland:		
Reiseart:		
Persönliche Daten der kranken/verunt	fallten Person (vo	Vorname:
Geburtsdatum:		
die nötigen Auskünfte für die Regelung	des Falles einzuh	TAS Versicherungen AG, und deren Vertrauensarzt, holen und befreit die behandelnden Ärzte und den uensarzt gegenüber der TAS Versicherungen AG
Ort und Datum :	Unter	rschrift des Inhabers :
Falls die kranke/verunfallte Person nich die Ärzte und den von der TAS Versi seiner ärtzlichen Schweigepflicht befrei	cherungen AG b	
Ort und Datum :	Unter	rschrift des Patienten:

Arztbericht

Ort und Datum:

Infolge Reise-Annullierung/Verschiebung muss dieser Bericht bei dem/den behandelnden Ärzten vollständig ausgefüllt werden.

Krankheit	Unfall										
Anamnese mit [Datum der erst	en Kran	kheitss	symptome	: : 						
War die Reise ab	Beginn der e	rsten Kr	ankhei	tssymptom	ne noch	n möglich?	ja	nein			
Diagnose:											
Datum der erste	en Konsultation	n:			Datum (des Behandl	ungsbegin	ns:			
Anzahl der Kons	sultationen auf	grund d	ieser E	rkrankung	:						
Wurden Medika	mente verschr	rieben?	ja	nein	Wen	n ja, welche	?				
Datum der defir	nitiven Reiseur	ıfähigkei	it :								
Bestand zum Ze	eitpunkt der Bu	ıchung l	Reisefä	higkeit?	ja	nein					
Handelt es sich	um einen Rüc	kfall ein	er chro	nischen/v	orbeste	henden Kra	nkheit?	ja	nein		
Handelt es sich	um eine Versc	hlechte	rung e	iner chroni	ischen/	vorbesteher	nden Kranl	kheit?	ja	nein	
Wenn ja, Datum	der letzten Be	ehandlur	ng :								
Ist eine Arbeitsu	nfähigkeit eing	getreten	? j	a n	ein	Wenn ja, voi	m	bis		%	
Wann haben Sie nahestehende P				nt/in oder	einer ih	nm/ihr					
Wann (Datum) h	naben Sie vom	Antritt d	er Reis	e abgerate	n?						
Voraussichtliche	e Dauer der Re	eiseunfäl	higkeit	?							
Krankenhausau		ja	nein	Wenn ja,			VO			is 	
Bitte senden Sie						falls Ihr(e) F	atient/in h	nospitalis	ert wurd	de 	
Datum an welch											
Erfolgte eine Op			nein	Wenn ja,	Datum						
Datum der Term	ninfestlegung?	? 				War es	ein Wunsc	heingriff	? ja	nein	
Schwere Komp	likationen be	i einer S	chwar	ngerschaft	:						_
Datum an welch	nem die Patier	ıtin über	die Be	estätigung (der Sch	wangerscha	aft informi	ert wurde	e:		
War die Reise ar	n diesem Datu	m noch	mögli	ch? ja	r	nein					
Voraussichtliche	er Geburtstern	nin:									
Handelt es sich	um Komplikat	ionen b	ei der S	Schwanger	schaft?	······' ' ja	nein				
Wenn ja, Datum	ı des Komplika	ationsbe	ginns :								
Diagnose:											
Der/die Unterze sind und der Wa			s die au	uf diesem F	ormula	ar aufgeführ	en Angab	en vollstä	indig		

Unterschrift und Stempel des Arztes:

A4/2017/D