LVM Landwirtschaftlicher
Versicherungsverein Münster a.G.

Ärztliche Bescheinigung

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:

LVM Versicherung
Kolde-Ring 21
48126 Münster
s-schaden@lvm.de

oder händigen Sie diese Ihrem Patienten aus.

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Schaden-Nr. (falls bekannt): _____

(Geplanter) Reisezeitraum: von _____ bis _____

Datum der Reisebuchung: _____

Angaben zum Patienten (nicht zu füllen, wenn identisch mit dem Versicherungsnehmer)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Krankheit, Unfall bzw. Sonstiges (bei Schwangerschaft reicht die Beantwortung der Fragen auf Seite 4)

1. Welche Krankheit oder Verletzung führte zum Reiserücktritt/Reiseabbruch?

ICD-10 Code: _____

Diagnose: _____

2. Daten zur Erkrankung

☐ Wann erkrankte der Patient bzw. wann war der Unfall? _____

☐ Wann wurde die Diagnose gestellt? _____

☐ Wann erfolgte die erste Behandlung der Beschwerden? _____

3. Wann haben Behandlungen/Therapien (inkl. Medikation) aufgrund dieser Erkrankung stattgefunden?

- Art der Behandlung/Therapie: _____ Datum: _____
- Art der Behandlung/Therapie: _____ Datum: _____
- Art der Behandlung/Therapie: _____ Datum: _____
- Art der Behandlung/Therapie: _____ Datum: _____

Fand eine stationäre Behandlung statt? ☐ ja, von _____ bis _____ ☐ nein

4. Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise? ☐ ja ☐ nein

- Wurden Sie vom Patienten danach gefragt? ☐ ja ☐ nein
- Wann wurden Sie gefragt? Datum: _____

5. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Behandlung eine uneingeschränkte Reisefähigkeit? ☐ ja ☐ nein

- War zum Zeitpunkt der letztmaligen Behandlung mit einer völligen Wiedergenesung bis zum Reisezeitpunkt zu rechnen? ☐ ja ☐ nein
- Konnten Sie diese dem Patienten sicher zusagen? ☐ ja ☐ nein
- Begründung:

_____

_____

_____

6. Bestand im Zeitraum der (geplanten) Reise eine Arbeitsunfähigkeit? ☐ ja, von _____ bis _____ ☐ nein

7. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt? ☐ ja ☐ nein

Name und Adresse des Facharztes:

_____

_____

8. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

ICD-10 Code: _____

Diagnose: _____

Hat sich die bestehende Erkrankung unerwartet verschlechtert? ☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, wann begann die Verschlechterung? Datum: _____
- Wie hat sich dies geäußert? (Bitte um Angabe der genauen Diagnose(n)/des ICD-10 Codes)

  ICD-10 Code: _____

  Diagnose: _____

  _____

- Ab welchem Zeitpunkt war nach objektiver Einschätzung der Antritt der gebuchten Reise aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar bzw. nicht möglich? Datum: _____

  Begründung:

  _____

  _____

  _____

- Falls diese Daten vom ersten Arztbesuch abweichen, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe.

  _____

  _____

  _____

  _____

9. Bitte bei psychischen Erkrankungen ergänzend ausfüllen

- Wurde ein Antrag beim Krankenversicherungsträger für eine ambulante Psychotherapie gestellt? (Bitte einen Nachweis über die Genehmigung beifügen.) ☐ ja ☐ nein

- Erfolgte eine Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie? (Bitte einen Nachweis über die Genehmigung beifügen.) ☐ ja ☐ nein

- Wann war in Anbetracht der gestellten Diagnose nicht mehr sicher, dass die Reise planmäßig angetreten werden kann? Datum: _____

  Begründung:

  _____

  _____

  _____

Schwangerschaft

1. Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? Datum: _____

- In welcher Schwangerschaftswoche? _____

2. Sind Komplikationen/Reiseeinschränkungen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, um welche Komplikationen/Reiseeinschränkungen handelt es sich?

  _____

  _____

3. Besteht eine Krankschreibung für den Zeitraum der Reise? ☐ ja ☐ nein

4. Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise wegen der Schwangerschaft nicht zumutbar war? Datum: _____

_____ _____

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes