

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Bitte tragen Sie auf diesem Formular Ihre Personalien und Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die untenstehende Schweigepflichtentbindung. Anschliessend muss das Dokument an Ihren behandelnden Arzt weitergeleitet werden.

Policen Nr.

Schaden-Nr.

(wird von Allianz Travel ausgefüllt)

Personalien

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Einreisedatum

Ausreisedatum

Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass die Allianz Travel (Schweiz) zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und ihre Hilfspersonen, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Behandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar über meinen Tod hinaus. Bezüglich einer bereits früheren Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind. Des Weiteren entbinde ich die Vertrauensärzte der Allianz Travel (Schweiz) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Mitarbeitern von Allianz Travel (Schweiz), welche mit der Bearbeitung des angemeldeten Schadenfalls befasst sind. Mir ist bekannt, dass die Allianz Travel (Schweiz) im Rahmen der Schadenfallbearbeitung ggf. ganz oder teilweise auf Dienstleistungen rechtlich selbstständiger Unternehmen der Allianz Gruppe, die vergleichbaren Datenschutzstandards unterliegen, im Inland oder europäischen Ausland zurückgreift; ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich bzw. meinen Schadenfall betreffenden Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten, den erwähnten Dienstleistungsunternehmen zum genannten Zweck zur Bearbeitung übermittelt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen des gesetzl. Vertreters)

Arztbericht
Heilungskosten für Gäste

Policen Nr.

Schaden-Nr.

(wird von Allianz Travel ausgefüllt)

1. a) Anamnese mit Datum der ersten Arztkonsultation

b) Diagnose(n) mit Krankheitsbeginn bzw. Unfalldatum

2. a) Wurden Medikamente verschrieben?

 Ja Nein

Wenn ja, welche?

b) Wurden weitere Behandlungen oder Nachkontrollen angeordnet?

 Ja Nein

Wenn ja, bitte Daten angeben

c) Musste der Patient stationär behandelt werden
(falls vorhanden, bitte Austrittsbericht beilegen)? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Datum von / bis

3. a) Sind noch andere Stellen in die Behandlung involviert
(Ärzte, Spitäler, Therapeuten, etc.)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

b) Ist die Behandlung abgeschlossen?

 Ja Nein

Wenn ja, Datum des Behandlungsabschlusses

Wenn nein, Datum des vorgesehenen Behandlungsabschlusses

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes