

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Policen-Nr. (Bitte Kopie beilegen)

Schaden-Nr. (Wird von Mondial ausgefüllt)

Personalien (Bitte alle Angaben in Blockschrift ausfüllen)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Einreisedatum

Ausreisedatum

Sehr geehrte Damen und Herren

Bitte tragen Sie auf diesem Formular Ihre Personalien und Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Leiten Sie sodann dieses Formular an den behandelnden Arzt weiter.

Schweigepflichtenbindung

Mir ist bekannt, dass die Mondial Assistance (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.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen des gesetzl. Vertreters)

Arztbericht Health Care Switzerland

Policen-Nr. (Bitte Kopie beilegen)

Schaden-Nr. (Wird von Mondial 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?

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
