

VPRAŠANJA ZA LEČEČEGA ZDRAVNIKA

(pri specialističnem zdravljenju za zdravnika specialista, pri bolnišničnem zdravljenju za bolnišnico)



ZARADI BOLEZNI OZ. NEZGODE VAŠEGA PACIENTA SE PRI NAS UVELJAVLJAJO ZAHTEVKI V OKVIRU ZAVAROVANJA ZA STORNO POTOVANJA. V INTERESU OBDELAVE ZAVAROVALNEGA PRIMERA IN V SKLADU S POGOJI VAS PROSIMO, DA NATANČNO ODGOVORITE NA VSA SPODNJA VPRAŠANJA. NAŠ ZAVAROVANEC JE DOLŽAN, DA VAS V SKLADU S 5. 7. ČLENA POGOJEV ZA ZAVAROVANJE STORNA POTOVANJA ODVEŽE ZDRAVNIŠKE MOLČEČNOSTI.

1. PODATKI O PACIENTU

Ime in priimek:	Rojstni datum:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:

2. PODATKI O BOLEZNI (prosimo pišite čitljivo)

Točna diagnoza:

Aktualna terapija:

Ali je pacient na podlagi diagnoze na bolnišničnem zdravljenju?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, Bolnišnica/klinika: od do
Bolniški List za ZZZS?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, (priložite kopijo): od do
Kdaj je pacient zbolel?/Kdaj se je pripetila nezgoda?	
Ali se ta bolezen medicinsko šteje kot težka (to pomeni, da je nastopila nezmožnost za potovanje)?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, kdaj je bila prvič zaznana nezmožnost za potovanje:
Če ne gre za udeleženca potovanja (življenjski sopotnik, otroci, starši, bratje in sestre): Kdaj je bilo razvidno, da mora zavarovanec ostati doma?	
Ali je bil pacient ob sklenitvi zavarovanja/rezervaciji potovanja zmožen potovanja?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, datum:
Ali gre za bolezen, ki obstaja že dlje časa?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, od kdaj:
Ali je nastopilo občutno poslabšanje?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Ali je bil pacient v zadnjih 12 mesecih pred sklenitvijo zavarovanja na podlagi postavljene diagnoze na bolnišničnem zdravljenju?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, bolnišnica/klinika: od do
Ali vas je pacient pred potovanjem vprašal glede njegove zmožnosti za potovanje?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA

Pripombe:

3. IZJAVA

S svojim podpisom potrjujem, da je pacient nezmožen za potovanje v destinacijo: z začetkom potovanja ter pravilnost in popolnost svojih navedb. Obvezujem se, da bom o predmetnih izsledkih v tem spričevalu posredoval ustno informacijo zaupnim zdravnikom zavarovalnice.

Zdravnik, ki lahko poda najboljše informacije o tej bolezni (ime, naslov, telefonska številka zdravnika):

Kraj in datum:	Podpis lečečega zdravnika:
Ime in priimek lečečega zdravnika:	