

Fragebogen zur Behandlung im Ausland

Name	Vorname	Versichertennummer
Telefon-/ Mobilnummer	E-Mail	Geburtsdatum
1. Handelt es sich um eine/n	<input type="checkbox"/> Erkrankung	<input type="checkbox"/> Unfall
2. Art der Krankheit oder Unfalls? (<i>Genau</i> Diagnose)		
.....		
.....		
3. Wo sind Sie erkrankt bzw. verunfallt (<i>Land, Ortschaft</i>)?		
.....		
4. Behandlungszeit vom/bis?	Erstbehandelter Arzt/Spital?	Weiterbehandlung durch Arzt/Spital in der Schweiz
ambulant .....	.....	.....
stationär .....	.....	.....
<i>(mit Übernachtung im Spital)</i>		.....
5. Kosten der Behandlungen und Währung?		
.....		
6. Betrifft diese Rechnung?	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Spital	
	<input type="checkbox"/> Apotheke	
7. Waren Sie wegen des Leidens vorgängig bereits in der Schweiz in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
- Wenn ja, wann?	.....
- Name des Arztes/Spitals?	.....
8. Haben Sie eine separate Ferien- und Reiseversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
- Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?	.....
9. Sind Sie noch anderweitig gegen Krankheit oder Unfall versichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
- Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?	.....
- Versicherungsdeckung (<i>evtl. Kopie der Police beilegen</i>)	.....
- Haben Sie das Ereignis dieser Versicherung gemeldet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10. Wie lange dauert/ dauerte Ihr Auslandsaufenthalt? (<i>Abreise- und (geplantes) Rückreisedatum</i>)		
.....		
11. Bemerkungen:		
.....		

Das unterzeichnende Mitglied, bzw. sein gesetzlicher Vertreter, erklärt hiermit, die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Es ermächtigt die Einsiedler Krankenkasse, bei anderen Versicherungsträgern, Ärzten, Polizei- und Gerichtsstellen Auskunft einzuholen.

Ort und Datum:

Unterschrift: