

MEDIZINISCHES GUTACHTEN (VON IHREM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN)

Luxair Reservierungsnummer: Datum der Reservierung: / /

Name des Patienten

Vorname des Patienten

Ortschaft Postleitzahl -

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum
 / /

Datum der Untersuchung
 / /

Genauere Beschreibung der Diagnose (Art der Erkrankung / Symptome):

.....
.....
.....
.....

1. Datum der ersten Untersuchung: / /

2. Behandlung:

3. Datum der letzten Untersuchung: / / Ursache:

4. Handelt es sich dabei um eine Erkrankung an der der Patient schon seit längerem leidet? ja nein

• Wenn ja, - seit wann: / /

• Dauer der Behandlung:

• Hat die Krankheit sich verschlechtert? ja nein

5. Wäre der Patient am Tag der Reservierung reisefähig gewesen (am / /)? ja nein

6. Befand oder befindet sich der Patient in einem Krankenhaus?

• Wenn ja, vom / / bis / /

7. Wurde dem Patienten von Antritt oder Fortsetzung der Reise abgeraten? ja nein

• Wenn ja, wann? / /

• Weshalb?

Weitere Anmerkungen:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes
mit dem Vermerk "Als aufrichtig und wahrheitsgerecht beglaubigt"

Die Kosten dieses medizinischen Gutachtens gehen zu Lasten des Patienten.