

Vom praktischen Arzt oder behandelnden Arzt auszufüllen

Damit Global Response Ihren Anspruch schnellstmöglich bearbeiten kann, können Sie dieses Formular mitnehmen und von Ihrem Arzt ausfüllen lassen (jede neue Krankheit). Schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular zu. Wenn Sie sich dagegen entscheiden, kann es sein, dass Global Response Ihnen dieses Formular zuschickt, damit Sie es von Ihrem Arzt ausfüllen lassen.

Vom Patienten auszufüllen

1 Patientenangaben und Einverständnisse

Anrede

Herr Frau Andere

Vorname(n) des Patienten

Nachname des Patienten

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Kunden- und Policennummer des Patienten

Kontaktnummern des Patienten

T: M:

Was passiert als Nächstes?

Schicken Sie uns Ihr ausgefülltes Formular über eine der Optionen zu, zusammen mit allen Rechnungen oder Quittungen. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie alle Originalrechnungen und -quittungen 6 Monate lang aufgrund von Prüfungsanforderungen aufheben müssen, es sei denn, Sie schicken Ihren Antrag per Post zu. In dem Fall sollten Sie die Originale mitschicken und Fotokopien aufbewahren.

Online: www.alchealth.com/claims.htm

E-Mail: claims@alchealth.com

Fax: +44 (0) 330 333 6687

Post: AL C Health Claims Team, Global Response Ltd
PO Box 1114 Cardiff CF11 1ULB Vereinigtes Königreich

E-Mail-Adresse des Patienten

Ich, der Patient, ermächtige Global Response hiermit dazu, weitere medizinische Informationen von dem Arzt, der diese ärztliche Bescheinigung ausfüllt, einzuholen, sofern dies für den Zweck dieses Anspruchs notwendig ist. Ich, der Patient, stimme zu und genehmige, dass Global Response meine medizinischen und/oder Gesundheitsinformationen, die in diesem Formular oder anderen Krankenakten und/oder medizinischen Gutachten enthalten sind, den Versicherern, XL Insurance Company SE und/oder ALC Health ausschließlich zum Zwecke der Verwaltung von aus meiner Krankenpolice hervorgehenden Ansprüchen offenlegt und mit ihnen teilt.

Unterschrift

Datum (TT-MM-JJJJ)

Vom praktischen Arzt oder behandelnden Arzt auszufüllen

2 Medizinische Angaben

Datum, an dem der Patient zum ersten Mal bei Ihnen/der Klinik/dem Krankenhaus angemeldet wurde:

(TT-MM-JJJJ)

Bitte machen Sie genaue Angaben zu den Symptomen des Patienten:

Wurde der Patient an Sie überwiesen?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte Angaben zu der Überweisung.

Wann hat der Patient die Symptome zum ersten Mal bemerkt?

Wann hat der Patient diese Symptome Ihnen oder einem anderen Arzt zum ersten Mal dargelegt?

Hat der Patient Ihres Wissens in der Vergangenheit je an diesen oder damit verbundenen Symptomen gelitten? Wenn ja, machen Sie dazu bitte Angaben.

Bitte machen Sie Angaben zu jeglichen Tests und Untersuchungen des Patienten sowie deren Ergebnisse:

Wurde eine Diagnose gestellt?

Ja Nein

Wenn ja, bestätigen Sie bitte die Krankheit.

Ist die Diagnose: Vorläufig? Endgültig?

Halten Sie die Krankheit für: Akut? Chronisch? Eine akute Episode einer chronischen Krankheit?

Wenn die Diagnose mit einer vorherigen Krankheit, an der der Patient gelitten hat, zusammenhängt, machen Sie bitte dazu Angaben, einschließlich vorheriger Untersuchungen, erhaltene Behandlung und relevante Daten:

Benötigte Angaben

Datum (TT-MM-JJJJ)

Gibt es eine zugrunde liegende Ursache oder Krankheit? Wenn ja, machen Sie dazu bitte Angaben.

Ist die Krankheit Folge eines Unfalls?

Ja Nein

Wenn ja, stand der Patient zum Zeitpunkt des Unfalls unter Einfluss von Alkohol oder Drogen?

Ja Nein

Welche Behandlung wurde dem Patienten für diese Krankheit empfohlen?

Wenn dem Patienten eine komplementäre Behandlung verschrieben wurde, geben Sie bitte die Art und die Anzahl an Sitzungen an:

Chiropraktiker: Osteopath: Homöopath: Akupunkteur:

Ernährungsberater: Traditionelle Chinesische Medizin: Podologe: Anzahl der Sitzungen:

Welche weitere Behandlung ist notwendig, wenn überhaupt?

Haben Sie den Patienten an einen anderen Arzt überwiesen? Wenn ja, bitte geben Sie den Namen und die Kontaktinformationen des Arztes, an den Sie den Patienten überwiesen haben, an:

Wenn der Anspruch mit einer Schwangerschaft zusammenhängt, bestätigen Sie bitte diese Angaben:

Datum der letzten Periode:

(TT-MM-JJJJ)

Datum, an dem Schwangerschaft bestätigt wurde.

(TT-MM-JJJJ)

Name des Arztes:

Adresse

Postleitzahl Land

Telefonnummer

Geschätztes Entbindungsdatum:

Wird die Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft betrachtet?

Ja Nein

Qualifikationen

Ich bin der Arzt oder behandelnde Arzt des Patienten und bestätige, dass die von mir gegebenen Informationen meines Wissens korrekt sind.

Unterschrift

Praxisstempel

Dieses Dokument wurde aus dem Englischen übersetzt. Im Streitfall nimmt die englisch Version Vorrang ein. Obwohl keine Mühe gescheut wurde, die Genauigkeit der Übersetzung zu sichern, kann ALC Health für etwaige Fehler oder Auslassungen oder Fehlinterpretationen in der Übersetzung nicht haftbar gemacht werden.

XL Insurance company SE is a European public limited liability company and is regulated by the Central Bank of Ireland. Registered office: 8 St Stephen's Green, Dublin 2 DO2 VK30, Ireland. Registered in Ireland Number 641686.

Global Response Ltd. Registered office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex BN43 6BF. Registriert in England and Wales. Registriert Nr.05830667.

ALC Health ist ein Handelsstil von à la carte healthcare Ltd. Registriert in England Nr. 4163178. Eingetragener Sitz: Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA. à la carte healthcare limited ist durch die Financial Conduct Authority (FCA) zugelassen und beaufsichtigt