

# MERKBLATT

## Schadenanzeige zur Reisetornokosten-Versicherung und Reise- Ausfallschutz (Reiseabbruchkosten-Versicherung)

Lifecard Travel Assistance GmbH  
Franz-Josef-Straße 20 / 5020 Salzburg  
T.: 0662-876402 / F.: 0662-875944  
schadensabwicklung@lta-reiseschutz.at  
www.lta-reiseschutz.at

Liebe LTA-Kunden,

um Ihren Schadenfall möglichst schnell bearbeiten zu können, benötigen wir folgende Unterlagen:

- eine komplett ausgefüllte und unterschriebene Schadenanzeige
- Reise-Buchungsbestätigung in Kopie
- Reisekostenabrechnung/Stornobestätigung
- Komplett ausgefüllter und unterschriebener ärztlicher Fragebogen bei unerwartete schwerer Erkrankung, schwerer Unfallverletzung und unerwarteter Impfunverträglichkeit
- Ausführliche schriftliche Beantwortung eines Facharztes für Psychiatrie bei akuten psychiatrischen Erkrankungen
- Entsprechende Spitalberichte bei stationären Aufenthalten
- Sterbeurkunde
- Arbeitsunfähigkeitsbeschreibung
- Kopie der betriebsbedingten Kündigung
- Nachweise der Schädigung am Eigentum
- Schreiben der gerichtlichen Vorladung

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Hilfe.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung unter: **0662-876402**.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre LTA GmbH

# Einwilligungserklärung in die Erhebung von Gesundheitsdaten und Auskunfts Vollmacht

|  |  |           |  |              |  |           |  |
|--|--|-----------|--|--------------|--|-----------|--|
| Name, Vorname Antragsteller/Risikoperson |  |           |  | Geburtsdatum |  |           |  |
| Buchungsdatum                            |  | Reiseziel |  | Reisebeginn  |  | Reiseende |  |

Zur Prüfung Ihrer Ansprüche benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten. Die Verarbeitung dieser erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO zur Erfüllung des Versicherungsvertrages. Soweit für die Prüfung Ihrer Ansprüche auch Gesundheitsdaten erforderlich sind, verarbeiten wir diese auf Basis einer gesetzlichen Ermächtigung (§§ 11a – 11d VersVG). Nähere Informationen zu unserer Datenverarbeitung finden Sie [hier](#).

## 1. LTA darf für den konkreten Versicherungsfall meine Gesundheitsdaten bei Dritten einholen und prüfen, ob ein Anspruch auf Leistung besteht (Einzeleinwilligung)

Ich stimme zu, dass sich Lifecard Travel Assistance GmbH, Franz-Josef-Straße 20, 5020 Salzburg (nachfolgend LTA genannt), über meine personenbezogenen Gesundheitsdaten bei untersuchenden oder behandelnden Gesundheitsdienstleistern wie Ärzte, Krankenanstalten sowie bei bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern und sonstigen schweigepflichtigen Einrichtungen sowie bei ihm Zusammenhang mit dem Versicherungsfall tätig gewordenen Behörden (z.B. Polizei) und Gerichten informiert. Dass alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können.

### a) Mit meiner Einwilligung kann LTA folgende Daten einholen und verarbeiten:

- Die mit dem konkreten Versicherungsfall in Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen.
- Die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen, das sind:  
Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; Anamnese der aktuellen sowie vorangegangener Behandlungen/Aufnahmen und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde sowie Einsatz- und Behördenprotokolle.
- Die zur Abwicklung des Versicherungsfalles unerlässlichen Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Aktenvermerke oder sonstige behördlichen Akte, die auch Gesundheitsdaten enthalten.

### b) Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Externe Dienstleister, Unternehmen oder Personen)

Wir halten uns an gesetzliche und vertragliche Pflichten. Dazu arbeiten wir mit externen Dienstleistern (Auftragsverarbeitern) zusammen. Die LTA führt bestimmte Aufgaben wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, IT-Dienstleistungen oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Dienstleister, die Leistungsfall- und Datenverarbeitung in Funktionsübertragung oder im Auftrag erbringen:

| Auftragnehmer                | Hauptgegenstand des Auftrags                          |
|------------------------------|---|
| HDI Global Speciality SE     | Versicherer   |
| MOS medical helpline GmbH    | Assistance Dienstleistungen                           |
| Gaede & Glauert GmbH & Co.KG | Daten-/Schaden-/Leistungsbearbeitung und -regulierung |
| IT-Dienstleister             | IT-Entwicklung, Wartungsdienstleistungen, IT-Service  |
| Rechtsanwälte                | Bearbeitung von Rechtsfällen                          |

Mit meiner Einwilligung zur Einholung und Prüfung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten, entbinde ich auch die genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit im Umfang der Einwilligung.

Meine Einwilligung ist freiwillig und erfolgt auf Basis der oben ausgeführten Datenschutzhinweise. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft (z.B. per E-Mail oder Brief) ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Liegt meine Einwilligung LTA nicht vor, weil ich sie nicht erteilt oder widerrufen habe, dann bin ich selbst dafür verantwortlich, diese Unterlagen zu besorgen und LTA zu geben. LTA behält sich die Einholung weiterer Unterlagen vor. Ich weiß, dass LTA die erforderlichen Daten braucht, um Leistungen ausgezahlt zu bekommen. Wenn LTA die erforderlichen Daten nicht erhält, kann dies in bestimmten Fällen zur Leistungsfreiheit des Versicherers der LTA führen.

|                     |                          |                                  |
|---------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Versicherungsnehmer | <b>Ja, ich stimme zu</b> | <b>Nein, ich stimme nicht zu</b> |
| Versicherte Person  | <b>Ja, ich stimme zu</b> | <b>Nein, ich stimme nicht zu</b> |

## 2. Auskunfts Vollmacht

Ich (wir) ermächtige(n) LTA und externe Dienstleister, Unternehmen oder Personen von LTA, Auskünfte aller Art bei Personen, Behörden (z.B. die Polizei) und Gerichten einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) Bezug nehmenden Akten zu nehmen, Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen sowie . Das alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können. Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift, dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe(n).

|                     |                          |                                  |
|---------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Versicherungsnehmer | <b>Ja, ich stimme zu</b> | <b>Nein, ich stimme nicht zu</b> |
| Versicherte Person  | <b>Ja, ich stimme zu</b> | <b>Nein, ich stimme nicht zu</b> |

## 3. Regressansprüche gegenüber Dritten:

Wir informieren Sie zudem hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfalles persönliche (Gesundheits-) Daten im erforderlichen Umfang von Privatversicherern sowie gesetzlichen Krankenkassen erhoben und an Privatversicherer, Unfallverursacher, Reiseveranstalter, Fluggesellschaften, Vermittler sowie Reedereien übermittelt werden können. Um die Geltendmachung eines Regressanspruches handelt es sich zum Beispiel, wenn der Versicherer Behandlungskosten erstattet und diese Kosten teilweise bei einem Privatversicherer, bei dem der Versicherungsnehmer ebenfalls versichert ist, geltend macht. Um die Abwehr eines Regressanspruches handelt es sich, wenn ein anderer Privatversicherer im umgekehrten Fall Kosten beim Versicherer der LTA geltend macht.

LTA-KUNDEN-NR: (bitte angeben)



# Schadenanzeige zur Reisetornokosten-Versicherung und Reise- Ausfallschutz (Reiseabbruchkosten-Versicherung)

**Lifecard Travel Assistance GmbH**  
Franz-Josef-Straße 20 / 5020 Salzburg  
T.: 0662-876402 / F.: 0662-875944  
schadensabwicklung@lta-reiseschutz.at  
www.lta-reiseschutz.at

## 1. Angaben zum Antragsteller:

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Frau                 | Herr                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                      |                      | Vorname(n)           | Nachname(n)          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße               | Nummer               | Land                 |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| PLZ/Ort              | E-Mail               |                      | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon/Mobil        | Geburtsdatum         |                      |                      |

## 2. Bankverbindung:

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?  Angaben wie Punkt 1 oder anderer Empfänger:

|                               |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                       |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------------|
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                                       |
| Vorname                       | Nachname(n)          |                      |                      |                      |                      |                      |                                       |
| <input type="text"/>          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                       |
| Kreditinstitut                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                       |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                  |
| IBAN (bis maximal 34 Stellen) |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen) |

## 3. Angaben zu weiteren Versicherungen

Besitz/Besitzen die versicherte/n Person/en eine weitere  Reise-Rücktrittskosten oder  Reiseabbruch-Versicherung  Nein

**1. Kreditkarte:** Kartenart  Mastercard  VISA  American Express  andere:

Kartennummer:  Karteninhaber:

ausgebendes Kreditinstitut inklusive Anschrift:

ggf. ausgebendes Unternehmen (ADAC, Miles & More etc.):

Versicherer:

**2. Jahresversicherung:**

Versicherungsnummer:  Versicherungsnehmer:

**3. über eine Mitgliedschaft (ADAC, BAVC etc.):** Name Verein

Name Mitglied:  Mitgliedsnummer:

Versicherer:

**Wurde eine Entschädigung geleistet?**  Ja  Nein

Wenn ja, vom wem? Name/Anschrift:

In welcher Höhe: ,  Euro

**Wenn eine Entschädigung (noch) nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt?**  Ja  Nein

Wenn ja, bei wem? Name/Anschrift:

#### 4. Bitte tragen Sie alle Teilnehmer ein, deren Reise storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen wurde:

|                                    |      |                      |                      |                      |                      |
|------------------------------------|------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Frau                               | Herr | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname/Name 1. (Reise-)Teilnehmer |      |                      | Geburtsdatum         |                      |                      |
| Frau                               | Herr | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname/Name 2. (Reise-)Teilnehmer |      |                      | Geburtsdatum         |                      |                      |
| Frau                               | Herr | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname/Name 3. (Reise-)Teilnehmer |      |                      | Geburtsdatum         |                      |                      |
| Frau                               | Herr | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname/Name 4. (Reise-)Teilnehmer |      |                      | Geburtsdatum         |                      |                      |
| Frau                               | Herr | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname/Name 5. (Reise-)Teilnehmer |      |                      | Geburtsdatum         |                      |                      |

#### 5. Angaben zur Reise:

|  |                       |  |
|--|-----------------------|--|
| Was war der Anlass Ihrer Reise ?   | Urlaubsreise          | Geschäftsreise   |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |
| Buchungsdatum  | Reisebeginn           | (Reise-) Abbruch   |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |
| Stornierungsdatum  | Reiseende             | verspäteter (Reise-) Antritt   |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |
| Gesamter Reisepreis  | Euro                  | In welcher Höhe werden Kosten geltend gemacht? (Storno- bzw. Rückreisekosten etc.)     |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |
| Zur Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:                           | Als Anlage beigefügt: | Als Anlage beigefügt:  |
| • (Reise-) Buchungsbestätigung   | Ja Nein               | • Abrechnung des Leistungsträgers über die nicht genutzten (Reise-) Leistungen Ja Nein |
| • Stomokostenrechnung  | Ja Nein               | • Originalbelege der zusätzlichen Rückreisekosten Ja Nein                              |
| • Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalles (Attest, Sterbeurkunde etc.) | Ja Nein               |  |

#### 6. Warum wurde die Reise storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen?

|  |                      |                            |
|--|----------------------|----------------------------|
| Krankheit (siehe 6.1)  | Unfall (siehe 6.2)   | Tod                        |
| Schwangerschaft  | Arbeitsstelle        | Wann war dieses Ereignis ? |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Welches sonstige Ereignis?   | <input type="text"/> |                            |
| Welche Person wurde betroffen?   | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
|  | Vorname              | Nachname                   |
| Ist diese Person mit den (Reise-)Teilnehmern verwandt ?  | Ja Nein              | Wie? <input type="text"/>  |
| Besteht keine Namensgleichheit mit der betroffenen Person, bitten wir um Übersendung eines entsprechenden Nachweises über das Verwandtschaftsverhältnis. |                      |                            |

#### 6.1 Bei Krankheit:

|  |                      |                      |                          |                                 |                      |                      |
|--|----------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| Krankheitsbezeichnung/Beschwerden/Symptome |                      |                      |                          |                                 |                      |                      |
| <input type="text"/>                       |                      |                      |                          |                                 |                      |                      |
| <input type="text"/>                       |                      |                      |                          |                                 |                      |                      |
| <input type="text"/>                       |                      |                      |                          |                                 |                      |                      |
| <input type="text"/>                       |                      |                      |                          |                                 |                      |                      |
| Wann trat die Krankheit auf?               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | Wann wurde der Arzt aufgesucht? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ambulante Behandlung                       | Ja                   | Nein                 | von <input type="text"/> | bis <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stationäre Behandlung                      | Ja                   | Nein                 | von <input type="text"/> | bis <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Arbeitsunfähigkeit                         | Ja                   | Nein                 | von <input type="text"/> | bis <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## 6.2 Bei Unfall:

|   |      |                      |                         |                      |                      |      |
|---|------|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|------|
| <input type="text"/>  |      | Unfalltag:           | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      |
| Unfallort   |      |                      |                         |                      |                      |      |
| Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? (Falls Ja, bitte Unfallbericht/Unfallschilderung beilegen !) |      |                      |                         |                      | Ja                   | Nein |
| Frau  | Herr | <input type="text"/> |                         |                      |                      |      |
| Vorname/Name und Anschrift des Unfallverursachers   |      |                      |                         |                      |                      |      |
| <input type="text"/>  |      |                      | <input type="text"/>    |                      |                      |      |
| Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name)   |      |                      | Versicherungsschein-Nr. |                      |                      |      |
| <input type="text"/>  |      |                      |                         |                      |                      |      |
| Anschrift der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers  |      |                      |                         |                      |                      |      |
| Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? (Falls Ja, bitte Korrespondenz beilegen!)   |      |                      |                         |                      | Ja                   | Nein |

## 7. Obliegenheiten

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten:** Aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen können die Versicherer von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und ihnen die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als dass Sie alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Die Versicherer dürfen ebenfalls verlangen, dass Sie Belege/Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen billigerweise zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit:** Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie vorsätzlich die verlangten Belege/Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können die Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten bleiben die Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht der Versicherer ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten arglistig, werden die Versicherer in jedem Fall von ihrer Verpflichtung zur Leistung frei.

## 8. Abschlusserklärung:

**Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.**

**X**

Ort

**X**

Datum

**X**

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)

LTA-KUNDEN-NR: (bitte angeben)

| | | | | | | |

# Ärztliche Bescheinigung

## A. Angaben zu Krankheit/Unfall der betroffenen Person

Frau Herr

Vorname(n)

Nachname(n)

Geburtsdatum

Reiseziel

Buchungsdatum

Reisebeginn

Reiseende

Krankheit / Diagnose, die zur Reise- / Teilnahmeunfähigkeit führte:

Krankheitsbezeichnung

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Wann wurde diese Diagnose gestellt?

Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?

Hätte der/die Patient(in) zum Zeitpunkt dieses ersten Arztbesuches reisen/an der Veranstaltung teilnehmen können?

Ja

Nein, nicht zumutbar

Welche Medikation und Therapie/Maßnahmen wurden durchgeführt und/oder verordnet?

Weitere Behandlungstermine

Überweisung an Facharzt

Ja

Nein

Name und Anschrift des Facharztes

Bestand Arbeitsunfähigkeit?

Ja

Nein

von

bis

Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen

Ja

Nein

seit

Diagnose der Vorerkrankungen

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Falls es sich um eine chronische Erkrankung handelt: Wann kam es letztmals zu einem akuten Schub?

Datum

Wurden Sie vor Buchung der Reise (s.o. Buchungsdatum) vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt ?

Ja

Nein

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt ?

Datum

Gesundheitliche Risiken

Stationäre Behandlung

Ja

Nein

von

bis

Spital/Klinik (Name/Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname/Name)

Ab wann war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der Reise nicht mehr zumutbar?

Datum

Falls dieses Datum vom Datum des ersten Arztbesuchs abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe. (Die Überprüfung der Angaben behalten wir uns vor.)

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

LTA-KUNDEN-NR: (bitte angeben)

| | | | | | | |

# Ärztliche Bescheinigung

## B. Angaben zur Schwangerschaft

Vorname(n)

Nachname(n)

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Reiseziel

Buchungsdatum

Reisebeginn

Reiseende

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum

Schwangerschaftswoche

voraussichtlicher Entbindungstermin

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

Datum

Schwangerschaftswoche

Gründe für die Unzumutbarkeit (Gefahren/Risiken)?

Wann sind Komplikationen eingetreten?

Datum

Um welche Komplikationen handelte es sich?

Stationäre Behandlung

Ja

Nein

von

bis

Sonstige Gründe

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes