

Questionario medico

Il presente questionario deve essere compilato dal medico, se il viaggio è stato annullato a causa di malattia, infortunio o gravidanza

Nome	Data di nascita
------	-----------------

Diagnosi

Data di apparizione dei primi sintomi della malattia diagnosticata

Data della prima visita

Data dell'infortunio

Quale cura è stata prescritta?

Al momento della prenotazione il paziente era in grado di viaggiare? Sì No

Quando è stato informato dal paziente del suo viaggio (data)?

Da quando il paziente è impossibilitato a viaggiare?

Incapacità a viaggiare dal _____ al _____

È stato necessario un ricovero? Sì No Se sì, da quando a quando (data)?

Ha subito un'operazione? Sì No Se sì, quando (data)?

Quando è stato informato il paziente dell'operazione (data)?

In caso di gravidanza, data della constatazione/conferma?

In caso di malattia preesistente, da quando il paziente è seguito da Lei?

Data dell'ultima visita?

Annotazione importanti riguardo la decisione dell'annullamento (ad esempio aggravamento inatteso della salute)

Luogo, data	Firma e timbro del medico
-------------	---------------------------

Ci riserviamo il diritto di verificare queste informazioni con il servizio medico di Europ Assistance