

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