



zurück an:  
Roland Assistance GmbH  
Regulierungsstelle Gothaer  
50664 Köln

Ärztliche Bescheinigung zur  
**Reise-Rücktrittskosten-Versicherung**

<i>Patient:</i>		<i>Geburtsdatum:</i>	
<i>Ereignis vom:</i>		<i>Schadennummer:</i>	

1. Diagnose: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall? \_\_\_\_\_
3. Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht? \_\_\_\_\_
4. Bestand Reiseunfähigkeit?                      Nein     Ja  vom/bis \_\_\_\_\_
5. Stationäre Behandlung?                        Nein     Ja  vom/bis \_\_\_\_\_
6. Bestand die Krankheit schon längere Zeit?    Nein     Ja  seit \_\_\_\_\_
7. Traten Komplikationen auf? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Stempel