



Abteilung KRANKENVERSICHERUNG

MELDUNG EINES VERSICHERUNGSFALLES – KRANKHEITSANZEIGE

Es wird gebeten, diese Meldung vor oder (bei akuten Fällen) unmittelbar nach Eintritt des Versicherungsfalles ausgefüllt an die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG VIENNA INSURANCE GROUP zu senden, auch dann, wenn z.B. die Kosten direkt mit dem Krankenhaus verrechnet werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Einweisung in ein Krankenhaus
 Kur- oder Erholungsaufenthalt
 hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit
 Rehabilitation
 ambulante Behandlung (Eingriff)

DATEN DES ERKRANKTEN

Polizzennummer	Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Adresse	

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSFALL (vom Erkrankten oder dessen Angehörigen auszufüllen)

Art der Krankheit (Diagnose)		
erstmaliges Auftreten der Krankheit (Datum)	erstmalige Arzthilfe wegen dieser Krankheit (Datum)	
bisherige Behandlungen Art und Zeitraum		
frühere Krankenhausaufenthalte Namen der Krankenhäuser	vom	bis
frühere Kur- oder Erholungs- und Rehabilitationsaufenthalte Namen der Aufenthaltsorte	vom	bis
behandelnder Arzt (Hausarzt) Name, Adresse		
bei Meldung von Krankenhausaufenthalten Name des Krankenhauses	Aufnahmetag	Gebührenklasse
eventuell erforderliche Operation	Notwendigkeit der Operation seit	
bei Meldung von Kur- oder Erholungs- und Rehabilitationsaufenthalten Aufenthaltsort, Name des Heimes	vom	bis
andere bestehende private oder gesetzliche Krankenversicherungen Namen der Versicherungsanstalten	Polizzennummer/Mitgliedsnummer	

Ort, Datum	Unterschrift des Erkrankten bzw. des Angehörigen
------------	--

BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE

gegebenenfalls Art der beabsichtigten Operation

ANAMNESE (bitte das Datum des erstmaligen Auftretens der Krankheit angeben)

BISHERIGE BEHANDLUNGEN des Patienten wegen dieser Krankheit

Datum der Erstbehandlung und Art der durchgeführten Behandlungen

bei KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN

Begründung der Einweisung bzw. Notwendigkeit einer eventuellen Operation

bei KUR- bzw. ERHOLUNGS- UND REHABILITATIONS-AUFENTHALTEN

nähere Angaben über die Notwendigkeit

ANDERE BESTEHENDE ERKRANKUNGEN

Diagnose

bisherige Behandlungen

erstmalige Arzthilfe (Datum)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes