

## Vom praktischen Arzt oder behandelnden Arzt auszufüllen

Damit Healix International Ihren Anspruch schnellstmöglich bearbeiten kann, können Sie dieses Formular mitnehmen und von Ihrem Arzt ausfüllen lassen (jede neue Krankheit). Schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular zu. Wenn Sie sich dagegen entscheiden, kann es sein, dass Healix International Ihnen dieses Formular zuschickt, damit Sie es von Ihrem Arzt ausfüllen lassen.

Vom Patienten auszufüllen

## 1 Patientenangaben und Einverständnisse

Anrede

Herr  Frau  Andere

Vorname(n) des Patienten

Nachname des Patienten

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Kunden- und Policennummer des Patienten

Kontaktnummern des Patienten

T:  M:

## Was passiert als Nächstes?

Schicken Sie uns Ihr ausgefülltes Formular über eine der Optionen zu, zusammen mit allen Rechnungen oder Quittungen. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie alle Originalrechnungen und -quittungen 6 Monate lang aufgrund von Prüfungsanforderungen aufheben müssen, es sei denn, Sie schicken Ihren Antrag per Post zu. In dem Fall sollten Sie die Originale mitschicken und Fotokopien aufbewahren.

**Online:** [www.alchealth.com/claims.htm](http://www.alchealth.com/claims.htm)

**E-Mail:** [ALCclaims@healix.com](mailto:ALCclaims@healix.com)

**Fax:** +44 (0) 20 3764 0761

**Post:** ALC Health Claims Team Healix House Esher Green Esher Surrey KT10 8AB Vereinigtes Königreich

E-Mail-Adresse des Patienten

Ich, der Patient, ermächtige Healix International hiermit dazu, weitere medizinische Informationen von dem Arzt, der diese ärztliche Bescheinigung ausfüllt, einzuholen, sofern dies für den Zweck dieses Anspruchs notwendig ist. Ich, der Patient, stimme zu und genehmige, dass Healix International meine medizinischen und/oder Gesundheitsinformationen, die in diesem Formular oder anderen Krankenakten und/oder medizinischen Gutachten enthalten sind, den Versicherern, AXA PPP International und/oder ALC Health ausschließlich zum Zwecke der Verwaltung von aus meiner Krankenpolice hervorgehenden Ansprüchen offenlegt und mit ihnen teilt.

Unterschrift

Datum (TT-MM-JJJJ)

Vom praktischen Arzt oder behandelnden Arzt auszufüllen

## 2 Medizinische Angaben

Datum, an dem der Patient zum ersten Mal bei Ihnen/der Klinik/dem Krankenhaus angemeldet wurde:

(TT-MM-JJJJ)

Bitte machen Sie genaue Angaben zu den Symptomen des Patienten:

Wurde der Patient an Sie überwiesen?

Ja  Nein

Wenn ja, machen Sie bitte Angaben zu der Überweisung.

Wann hat der Patient die Symptome zum ersten Mal bemerkt?

Wann hat der Patient diese Symptome Ihnen oder einem anderen Arzt zum ersten Mal dargelegt?

Hat der Patient Ihres Wissens in der Vergangenheit je an diesen oder damit verbundenen Symptomen gelitten? Wenn ja, machen Sie dazu bitte Angaben.

Bitte machen Sie Angaben zu jeglichen Tests und Untersuchungen des Patienten sowie deren Ergebnisse:

Wurde eine Diagnose gestellt?

Ja  Nein

Wenn ja, bestätigen Sie bitte die Krankheit.

Ist die Diagnose: Vorläufig?  Endgültig?

Halten Sie die Krankheit für: Akut?  Chronisch?  Eine akute Episode einer chronischen Krankheit?

Wenn die Diagnose mit einer vorherigen Krankheit, an der der Patient gelitten hat, zusammenhängt, machen Sie bitte dazu Angaben, einschließlich vorheriger Untersuchungen, erhaltene Behandlung und relevante Daten:

Benötigte Angaben

Datum (TT-MM-JJJJ)

Gibt es eine zugrunde liegende Ursache oder Krankheit? Wenn ja, machen Sie dazu bitte Angaben.

Ist die Krankheit Folge eines Unfalls?

Ja  Nein

Wenn ja, stand der Patient zum Zeitpunkt des Unfalls unter Einfluss von Alkohol oder Drogen?

Ja  Nein

Welche Behandlung wurde dem Patienten für diese Krankheit empfohlen?

Wenn dem Patienten eine komplementäre Behandlung verschrieben wurde, geben Sie bitte die Art und die Anzahl an Sitzungen an:

Chiropraktiker:  Osteopath:  Homöopath:  Akupunkteur:

Ernährungsberater:  Traditionelle Chinesische Medizin:  Podologe:  Anzahl der Sitzungen:

Welche weitere Behandlung ist notwendig, wenn überhaupt?

Haben Sie den Patienten an einen anderen Arzt überwiesen? Wenn ja, bitte geben Sie den Namen und die Kontaktinformationen des Arztes, an den Sie den Patienten überwiesen haben, an:

Wenn der Anspruch mit einer Schwangerschaft zusammenhängt, bestätigen Sie bitte diese Angaben:

Geschätztes Entbindungsdatum:

Datum der letzten Periode: (TT-MM-JJJJ)

Wird die Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft betrachtet?

Ja  Nein

Datum, an dem Schwangerschaft bestätigt wurde. (TT-MM-JJJJ)

Qualifikationen

Name des Arztes:

Ich bin der Arzt oder behandelnde Arzt des Patienten und bestätige, dass die von mir gegebenen Informationen meines Wissens korrekt sind.

Unterschrift

Adresse

Praxisstempel

Postleitzahl Land

Telefonnummer

AXA PPP International ist ein Handelsname von AXA PPP healthcare limited. Eingetragener Sitz: 5 Old Broad Street, London EC2N 1AD. In England und Wales registriert. Registrierungsnummer in England 3148119. AXA PPP International ist durch die Prudential Regulation Authority zugelassen und durch die Financial Conduct Authority (FCA) und die Prudential Regulation Authority (PRA) beaufsichtigt.

Health International ist ein Handelsstil von Healix Health Services Ltd. Registriert in England Nr.3945478. Eingetragener Sitz: 30 Upper High Street, Thame, Oxon, OX9 3EZ.

ALC Health ist ein Handelsstil von à la carte healthcare ltd. Registriert in England Nr. 4163178. Eingetragener Sitz: Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA. à la carte healthcare limited ist durch die Financial Conduct Authority (FCA) zugelassen und beaufsichtigt