

Bitte ausgefüllt versenden an:
Schadenregulierungsstelle Roland Assistance GmbH, Deutz-Kalker Str. 46, 50664 Köln

Allgemeine Angaben des Patienten (Versicherungsnehmer)	Vorname, Name	Geburtsdatum	Versich.-Nr.
	Straße / Haus-Nr.		Schaden-Nr.
	PLZ / Wohnort		Telefon (tagsüber erreichbar)

Diagnose

Weitere Angaben	Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall?
	Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals der Arzt aufgesucht?
	Bestand Reiseunfähigkeit?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> vom / bis
	Stationäre Behandlung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> vom / bis
	Bestand die Krankheit schon längere Zeit?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> seit dem
	Traten Komplikationen auf? Wenn ja welche?	
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Allgemeine Angaben zum Arzt	Arztpraxis / Name, Anschrift	Tel.-Nr.
	eMail-Adresse
	
.....		

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes / Stempel