



TCS Notfall-Schutzbrief

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Füllen Sie bitte alle Spalten in Druckbuchstaben aus und senden uns das ausgefüllte Formular unterschrieben und datiert zurück.

TAS Versicherungen AG
Ch. de Blandonnet 4
Postfach 820
1214 Vernier

Tel. +41 58 827 63 93
notfall.schutzbrief@tcs.ch
www.tcs.ch

Begünstigten-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Persönliche Daten des Inhabers

Name: Vorname:
Strasse, Nr.: PLZ, Ort:
Geburtsdatum: Tel.:

Persönliche Daten der kranken/verunfallten Person (vom Inhaber auszufüllen)

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Der/die Unterzeichnete ermächtigt den TCS, bzw. die TAS Versicherungen AG und deren Vertrauensarzt, die nötigen Auskünfte für die Regelung des Falles einzuholen und befreit die behandelnden Ärzte und den von der TAS Versicherungen AG beauftragten Vertrauensarzt gegenüber der TAS Versicherungen AG von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ort und Datum: Unterschrift des Inhabers:

Falls die kranke/verunfallte Person nicht identisch mit dem Inhaber ist, muss sie ebenfalls die Ärzte und den von der TAS Versicherungen AG beauftragten Vertrauensarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht befreien.

Ort und Datum: Unterschrift des Patienten:

Arztbericht

Dieser Bericht muss vom behandelnden Arzt infolge eines Notfalltransportes oder einer Mobilitätseinschränkung, vollständig ausgefüllt werden.

Krankheit Unfall

Kreuzen Sie bitte das zutreffende Kästchen an.

Anamnese mit Datum der ersten Krankheitssymptome:

.....

Diagnose:

.....

Handelt es sich um einen Rückfall einer chronischen/vorbestehenden Krankheit? Ja Nein

Wenn ja, Datum der letzten Behandlung:

Handelt es sich um eine Verschlechterung einer chronischen/vorbestehenden Krankheit? Ja Nein

Notfalltransport

Datum Notfalltransport:

Interventionsart: P1 P2

Bitte übermitteln Sie uns eine Kopie des Spitalaustrittsberichts/Spitalrapport

Mobilitätseinschränkung

Datum des Spitalaufenthaltes oder Notfallaufnahme:

Datum an welchem der Spitalaufenthalt entschieden wurde:

Austrittsdatum:

Erfolgte eine Operation? Ja Nein

Wenn ja, Datum der Operation:

Datum der Terminfestlegung:

Bitte übermitteln Sie uns eine Kopie des Spitalaustrittsberichts/Spitalrapport

Besteht für den Patient nach dem Spitalaufenthalt oder der Notfallaufnahme eine Mobilitätseinschränkung (Unfähigkeit, wesentliche und nützliche Wege mit den üblichen Transportmitteln zurückzulegen)?

Ja Nein

Wenn ja, wie lange dauert die Einschränkung?