

REISEANMELDUNG zur stationären Rehabilitation am Toten Meer, Israel

Ich/wir melde/n mich/uns verbindlich – vorbehaltlich des Krankenkassenübernahmebescheids – an:

Reiseziel: Totes Meer / Hotel LOT – Ein Bokek ReiseNr.: ____ vom _____ bis _____

Abflughafen: _____

	NAME	VORNAME	STRASSE	PLZ	ORT	Geb.datum	Tel.Nr.	FaxNr.
PATIENT								
Begleitung								

Unterbringung im Doppelzimmer Einzelzimmer (bitte ankreuzen)

KRANKENKASSE: _____ Ort: _____

Ambulanz: _____ behand. Arzt: _____ Tel. _____ Fax _____

Adresse: _____

Keimbesiedlungsart: pseudomonasfrei Pseudomonas positiv Cepatia MRSA
(bitte unbedingt ankreuzen)

Sauerstoff: permanent teilweise während des Fluges erforderlich (bitte ankreuzen)

Das Kostenübernahmeformular der Krankenkasse liegt bei /wird nachgereicht /Selbstzahler (bitte ankreuzen)

Meine/unsere Anmeldung erfolgt unter Anerkennung der Reisebedingungen sowie der Beförderungsbedingungen der beteiligten Verkehrsträger.

Ich/wir überweise/n den Reisepreis bzw. den Eigenanteil sofort nach Rechnungsstellung, spätestens 4 Wochen vor Abreise an ip connections.

Ich/wir verpflichten mich/uns, eine Kopie des mikrobiologischen Befundes (Sputum), der nicht älter als drei Wochen ist, eine Woche vor Reiseantritt unaufgefordert an ip connections zu übersenden. Sollten sich vor Abflug noch Änderungen der Keimbesiedlung ergeben, wird unbedingt unverzüglich unterrichtet. Erhält ip connections keine solche Änderungsanzeige, so ist die in dieser Anmeldung angekreuzte Keimbesiedlungsart rechtsverbindlich. Für nicht zutreffende Angaben oder unterlassene Änderungsanzeigen übernimmt ip connections keine Haftung, ebenso wie für Änderungen der Keimbesiedlung eines jeden Betroffenen während der Reise und der Therapie – aus welchem Grund auch immer. Im allgemeinen Interesse wird an das Verantwortungsbewußtsein jedes Teilnehmers appelliert, Angaben und Veränderungen über die Keimbesiedlungsart äußerst gewissenhaft vorzunehmen.

Ich/wir befreie/n meinen/unsere(n) Arzt von der Schweigepflicht bezüglich des SPUTUM-Befundes gegenüber ip connections.

Ich/wir erkläre/n ausdrücklich, auch für die vertraglichen Verpflichtungen der von mir/uns angemeldeten Teilnehmer einzustehen.

Ort / Datum

Unterschrift

Zurückschicken an: ip connections ohg, Elis.-zu-Guttenberg-Str. 18, 81829 München
Tel.: 089 800 74 84 2 Fax: 089 800 74 84 1