

Zusatzerklärung A – Allgemein

Antrags-Nr.: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ergänzende Gesundheitsfragen zu: Erkrankung

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?

2. Welche Ursache ist Ihnen bekannt?

3. Art der Beschwerden:

Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten? _____

4. Wurden Sie ambulant behandelt?

Nein

Ja von: _____ bis: _____

Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung):

Art der Behandlung:

Medikamente Name des Medikaments Tagesdosis

Untersuchungen Art der Untersuchung (z. B. Röntgen) Ergebnis

Heilmittelanwendungen Art des Heilmittels (z. B. Krankengymnastik) Anwendungshäufigkeit

Anwendungszeitraum: von: _____ bis: _____

Hilfsmittelverordnungen Art des Hilfsmittels (z. B. Katheter)

Sonstiges _____

Ist die Behandlung (inkl. Medikamenteneinnahme, Heilmittelanwendung usw.) abgeschlossen?

Nein Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten (z. B. Kontrollen)?

Ja _____

5. Wurden Sie stationär behandelt?

Nein

Ja von: _____ bis: _____

Wurden Sie operiert?

Nein

Ja Datum der Operation: _____

Art der Operation: _____

Ist eine stationäre Behandlung/Operation angeraten?

Nein

Ja Angeraten/vorgesehen zum: _____

Art der Behandlung/Operation: _____

6. Erfolgte eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung?

Nein

Ja Datum der Behandlung: _____

Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung:

Zusatzerklärung A – Allgemein

Antrags-Nr.: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ist eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung angeraten/vorgesehen?

Nein

Ja Angeraten/vorgesehen zum: _____

Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung:

7. Haben Sie noch Beschwerden bzw. bestehen noch Folgen der Erkrankung?

Nein Seit wann sind Sie beschwerde- bzw. folgenfrei? _____

Ja Welche Beschwerden/Folgen bestehen noch (z. B. Narben)?

8. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig?

Nein

Ja von: _____ bis: _____

Erkrankung: _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben meinen Versicherungsschutz gefährden.

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen über 16 Jahre bzw. des gesetzlichen Vertreters

