

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden! Die Fragen beziehen sich auf die im Antrag angegebenen Fragezeiträume, d.h. i.d.R. ambulant 3 Jahre (KV) bzw. 5 Jahre (BU) und Krankenhaus / Operationen 5-10 Jahre.

## Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu gesundheitlichen Beschwerden

### Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden leiden oder litten Sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welcher Organbereich bzw. welches Körperteil ist von den Beschwerden betroffen?

\_\_\_\_\_

Welcher Körperbereich ist oder war von den Beschwerden betroffen?

links    rechts    beidseitig    andere Lokalisation

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden oder Diagnose des Arztes bekannt?

ja    nein

Falls ja: Bitte geben Sie, wenn möglich, die Diagnose(n) des Arztes an.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

\_\_\_ / \_\_\_ MM/JJJJ

Wann sind die Beschwerden letztmals aufgetreten?

\_\_\_ / \_\_\_ MM/JJJJ

andauernd

Sind die Beschwerden mehrmals aufgetreten?

ja    nein

Falls ja: Wie häufig sind die Beschwerden aufgetreten? \_\_\_ Mal

Treten die Beschwerden regelmäßig auf?  ja    nein

Falls ja: In welcher Regelmäßigkeit? \_\_\_\_\_

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?

ja    nein

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Behandlung der Beschwerden

Wurden Sie wegen der genannten Beschwerden behandelt?

ja    nein

Falls ja: Wie häufig? In welchem Zeitraum? Bei welchem Arzt? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung angeben)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Waren Sie wegen der genannten Beschwerden in stationärer Behandlung?

ja    nein

Falls ja: Wann zuerst? \_\_\_ / \_\_\_ MM/JJJJ

Wann zuletzt? \_\_\_ / \_\_\_ MM/JJJJ

In welchem Krankenhaus? (Bitte Namen, Anschrift und Fachabteilung angeben)

\_\_\_\_\_

Findet die ärztliche Behandlung bzw. Kontrolle regelmäßig statt?  ja    nein

Falls ja: In welcher Regelmäßigkeit? \_\_\_\_\_

Ist die Behandlung abgeschlossen?  ja    nein

Werden oder wurden Untersuchungen wegen der genannten Beschwerden durchgeführt?

ja    nein

Falls ja:  Blutuntersuchung – Mit welchem Ergebnis? Wann? \_\_\_ / \_\_\_ MM/JJJJ

\_\_\_\_\_

sonstige Untersuchung – Welche? Mit welchem Ergebnis? Wann? \_\_\_ / \_\_\_ MM/JJJJ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu gesundheitlichen Beschwerden**

**Ist eine Operation angeraten oder geplant oder wurde eine Operation durchgeführt?**  ja  nein

Falls ja:  angeraten  geplant  durchgeführt Wann? \_\_\_\_/\_\_\_\_ MM/JJJJ

Welcher Art? \_\_\_\_\_

**Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein?**  ja  nein

Falls ja:  ja  nein eingegenommen

Welche? 

Medikament	Dosis	täglich	gelegentlich	seit	bis
------------	-------	---------	--------------	------	-----

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Wurde eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?**  ja  nein

Falls ja:  empfohlen  beantragt  durchgeführt

Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

\_\_\_\_\_

**Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit**

**Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit?**  ja  nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?

Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)

\_\_\_\_\_

**Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten?**  ja  nein

Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt?  ja  nein

Falls ja: Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Wechsels, den früheren und jetzigen Beruf an.

\_\_\_\_\_

**Besteht eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS, ehemals MdE) festgestellt?**  ja  nein

Falls ja: \_\_\_\_ GdB \_\_\_\_ GdS (Bitte Kopie des amtlichen Bescheids beilegen – nicht des Ausweises)

**behandelnde Ärzte**

**Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen?**  ja  nein

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**zusätzliche Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_