

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

Diagnose / unter welchen weiteren Beschwerden leiden oder litten Sie?

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

Welcher Körperbereich ist bzw. war von den weiteren 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: _____ eingenommen

Welche? Medikament Dosis täglich gelegentlich seit bis

Medikament	Dosis	täglich	gelegentlich	seit	bis
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____

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
