

Erklärung zu Rheumatischen Erkrankungen (SST: A06)

Zuname, Vorname, Geburtsdatum der zu versichernden Person

Datum der Antragstellung

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)

Antrags-Nr.

Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben sind, jeweils nach bestem Wissen, sowohl der Antragsteller als auch die zu versichernde Person verantwortlich.

Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir den Vertrag aufheben (Rücktritt oder Anfechtung) und/oder die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach §19 Abs.5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“, die im Antrag enthalten ist.

Detailierte Angaben in Worten ersparen gegebenenfalls weitere Rückfragen! Striche sowie das Wort "entfällt" genügen nicht.

1. Wie wurde Ihre Erkrankung in der ärztlichen Diagnose bezeichnet?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> akutes Gelenkrheuma | <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> chronisches Gelenkrheuma | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Lupus erythematoses | <input type="checkbox"/> Arthrosen |
| <input type="checkbox"/> Weichteilrheumatismus | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew |
| <input type="checkbox"/> | |

2. Welche Beschwerden bzw. Symptome traten/treten auf?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gelenkveränderungen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Rheumaknoten | <input type="checkbox"/> Hautveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> | |

3. An welchen Gelenken bzw. Muskeln traten/treten diese Beschwerden auf?
-
-

4. Die Erkrankung trat/tritt auf:
- | | | |
|-----------------------------------|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> einmalig | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> mehrmals | erstmalig von: | bis: / zuletzt von: bis:..... |
| <input type="checkbox"/> dauernd | seit: | |

5. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung?
- Hausarzt Rheumatologe Sonstige:.....
- Name/Anschrift des Arztes:
-

6. Die Erkrankung wurde/wird behandelt:
- Keine Behandlung: nein ja
- Mit Medikamenten: nein ja
- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| Präparatename: | Dosis:..... von: bis: |
| Präparatename: | Dosis:..... von: bis: |
- Sonstige Behandlung: nein ja
- | | |
|---------------|------------------------------------|
| Welche? | Wie oft?.....von: bis: |
| Welche? | Wie oft?.....von: bis: |

7. Welche Untersuchungen wurden zur Abklärung Ihrer Erkrankung durchgeführt?
- Röntgenuntersuchung Wann?
Ergebnisse:
- Computertomogramm (CT) Wann?
Ergebnisse:
- Blutuntersuchung Welche?
Wann?
Ergebnisse:
- Bestimmung der Rheumafaktoren Wann?
Ergebnisse:
- Sonstige Welche?
Wann?
Ergebnisse:

Bitte fügen Sie eine Kopie der Untersuchungsergebnisse bei, wenn diese Ihnen vorliegen!

8. Wurden Sie wegen dieser Erkrankung stationär untersucht oder behandelt; wurde eine Operation, Kur oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt oder ist eine solche angeraten? nein ja Wenn ja, wann?
- Bitte fügen Sie eine Kopie des Abschlussberichts bei, wenn dieser Ihnen vorliegt!**

9. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung? nein ja Wenn nein, keine Folgen/Beschwerden seit:
- Wenn ja, Art der Folgen/Beschwerden
(Bitte umschreiben Sie uns kurz das Krankheitsgeschehen, z.B. Bewegungseinschränkungen, Gelenkschwellungen, Fieberschübe, Herzbeschwerden, Atembeschwerden etc.):
.....
.....

10. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung bzw. Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als **2 Wochen** ununterbrochen arbeitsunfähig? nein ja einmalig: von: bis:.....
mehrmals: von: bis:.....

11. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag bzw. einen Rentenanspruch gestellt? nein ja GdB / MdE:
- Bitte fügen Sie eine Kopie des Versorgungsbescheides bei!**
- Antrag gestellt am:

12. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? nein ja Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?
.....

13. Haben Sie wegen Ihrer Erkrankung einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dieses ärztlicherseits angeraten? nein ja Wenn ja, bitte nähere Angaben:
.....

14. Weitere Angaben?

nein ja

Zusätzliche Angaben sind beigelegt.

Seiten:

Zusätzliche Angaben werden nachgereicht.

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person