

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? <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> andere Lokalisation | |
| Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden oder Diagnose des Arztes bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> andauernd | |
| Sind die Beschwerden mehrmals aufgetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Wie häufig sind die Beschwerden aufgetreten? ____ Mal Treten die Beschwerden regelmäßig auf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: In welcher Regelmäßigkeit? _____ | |
| Bestehen noch Folgen oder Beschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Welche? _____ _____ _____ | |

| Behandlung der Beschwerden | |
|---|--|
| Wurden Sie wegen der genannten Beschwerden behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: In welcher Regelmäßigkeit? _____ | |
| Ist die Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Werden oder wurden Untersuchungen wegen der genannten Beschwerden durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung – Mit welchem Ergebnis? Wann? ____ / ____ MM/JJJJ _____ _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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 andauert? (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
