Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Zusätzliche Erklärung

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Welche Beschwerden lagen vor? _____

Wann traten diese erstmals auf? _____

Welcher Arzt hat die Erkrankung festgestellt? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)
Wann? _____

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? _____
(Wenn nicht bekannt, bitte bei Arzt erfragen)

Von wann bis wann wurden Sie deshalb behandelt? _____

Welcher Art war die Behandlung? _____

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)
Wann war die letzte Behandlung? _____
Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____

Welche Befunde wurden erhoben? _____

Seit wann sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? _____

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? _____

Welche Medikamente sind erforderlich? _____
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Welche Behandlungen
- werden jetzt durchgeführt? _____
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

_____ _____
Datum Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter