

## Zusätzliche Erklärung

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_  
**Versicherungsnehmer:** \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden lagen vor? \_\_\_\_\_

Wann traten diese erstmals auf? \_\_\_\_\_

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

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?  
Wann war die letzte Behandlung?  
Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt?  
(Bitte Name und Anschrift angeben)

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