Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

# Zusätzliche Erklärung über Diabetes

**Versicherungsnummer:** _____
**Versicherungsnehmer:** _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Seit wann leiden Sie an Diabetes? _____

Wird mit Insulin behandelt? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, wieviel Einheiten pro Tag? _____
Name des Präparats? _____

Muss eine Diät eingehalten werden? ☐ nein ☐ ja

Traten bisher Folgeerkrankungen auf? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche? _____

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

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

Welche Werte wurden bei den letzten Blutzuckeruntersuchungen gemessen?

| Datum | Wert |
|---|---|
| _____ | _____ mg/dl |
| _____ | _____ mg/dl |
| _____ | _____ mg/dl |

**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