Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Datum

Zusätzliche Erklärung über Epilepsie Versicherungsnummer: Versicherungsnehmer: Versicherte Person: Geburtsdatum: Wann sind die epileptischen Anfälle erstmalig aufgetreten? Wie oft treten die Anfälle im Jahr auf? Sind diese mit Bewusstlosigkeit/ nein ☐ ja Ohnmacht verbunden? Wie lange dauert die Bewusstlosigkeit/ Ohnmacht im Allgemeinen? Wann hatten Sie den letzten Anfall? 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 dabei durchgeführt? Welche Behandlungen - werden jetzt durchgeführt? - sind zu erwarten bzw. vorgesehen? Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

FNR322037 Seite 1 von 1 Seiten

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