

Zusätzliche Erklärung über Frauenkrankheiten

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Seit wann haben Sie
- Unterleibsbeschwerden _____
- Brustbeschwerden _____

Welcher Arzt hat die Behandlung durchgeführt? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann? _____

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? _____

Erfolgte eine Operation? nein ja
Gewebeentnahme? nein ja
Wenn ja, war der Befund gutartig? nein ja

Wurden Sie mit einer Strahlentherapie behandelt? nein ja

Wurde die Brust, Gebärmutter und/oder die Eierstöcke entfernt? nein ja
Wenn ja, was? _____

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? _____

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? _____

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

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

Seit wann sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? _____

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