Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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