

## 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