

Zusätzliche Erklärung über Medikamenteneinnahme

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Nehmen oder nahmen Sie
Medikamente ein? nein ja

Wenn ja,
- welche? _____

- seit wann? _____

- Dauermedikation? nein ja

- Dosis und Zeitabstände _____

- wegen welcher Beschwerden? _____

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 Beschwerden bestehen zurzeit? _____

Welche Behandlungen
- werden jetzt durchgeführt? _____

- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

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