Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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