Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Zusätzliche Erklärung über Nervenerkrankungen

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? _____

Wodurch wurde das Leiden ausgelöst/ verursacht? _____

Bei welchem Therapeuten/Arzt waren Sie zuletzt deswegen in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? _____

Erfolgte eine Psychotherapeutische Behandlung? ☐ nein ☐ ja

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

Bestehen zurzeit noch Beschwerden (beispielsweise Schwindel, Depression, Herzbeschwerden) oder sind weitere Behandlungen angeraten? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

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