

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