Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Zusätzliche Erklärung über Nierenerkrankung

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Seit wann leiden Sie an
- Nierenentzündung _____
- Nierensteinen _____

Welcher Arzt hat die Behandlung durchgeführt? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)
Wann? _____

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____

Wurde der Stein
entfernt oder ☐ nein ☐ ja
ist er auf natürlichem Wege abgegangen? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, wann war dies? _____

Sind Sie operiert worden? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, wann und wo? _____
(Bitte Datum und Adresse angeben)
Weshalb? _____

Wurde eine Niere entfernt? ☐ nein ☐ ja
Ist die andere Niere frei von Konkrementen und voll funktionsfähig? ☐ nein ☐ ja
Bestehen in der anderen Niere Konkremente und/ oder ist sie nur beschränkt funktionsfähig? ☐ nein ☐ ja

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____
Welche Befunde wurden erhoben? _____

Seit wann sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? _____

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