

Zusätzliche Erklärung über rheumatische Erkrankungen

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Welche Art von Rheumatismus liegt/
lag vor?

- Gelenkrheumatismus nein ja
- Muskelrheumatismus nein ja

Sind Folgen durch die rheumatische
Erkrankung aufgetreten? nein ja

Wenn ja, welche?
(beispielsweise Bewegungseinschränkungen,
Verdickung an Gelenken, Arthrosen)?

Welcher Arzt hat die Erkrankung
festgestellt?

(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann?

Welche Beschwerden bestehen zurzeit?

Nehmen/nahmen Sie Medikamente?

nein ja

Wenn ja, welche?

(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser
Erkrankung in Behandlung?

(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung?

Welche Behandlungen

- werden jetzt durchgeführt?

- sind zu erwarten bzw. vorgesehen?

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