

## 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