

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