Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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