

Zusätzliche Erklärung über Rippenfellentzündung

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Von wann bis wann litten Sie an
Rippenfellentzündung? von _____ bis _____

Welche Art von Rippenfellentzündung
liegt/lag vor?

- | | | |
|------------|-------------------------------|-----------------------------|
| - eitrig? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - feucht? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - trocken? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser
Erkrankung in Behandlung?

(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung?

Welche Behandlungen wurden dabei
durchgeführt?

Welche Beschwerden bestehen zurzeit?

Welche Behandlungen

- werden jetzt durchgeführt?

- sind zu erwarten bzw. vorgesehen?

Welche Medikamente sind erforderlich?

(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Haben/hatten Sie zusätzliche andere
Atemwegsbeschwerden?

nein ja

Wenn ja, welche?

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