Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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? ☐ nein ☐ ja
- feucht? ☐ nein ☐ ja
- trocken? ☐ nein ☐ 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