Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Zusätzliche Erklärung über Verletzungen/Unfälle

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Welche Verletzungen liegen/lagen vor? _____
Datum des Unfalls bzw. der Verletzung? _____

Sind Sie innerlich verletzt worden? ☐ 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 Behandlungen
- werden jetzt durchgeführt? _____
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? _____

Bei Knochenbrüchen:
Ist noch Operationsmaterial im Körper? ☐ nein ☐ ja
(Beispielsweise Nägel, Platten, Schraubungen)
Wenn ja, ist eine Entfernung des Operationsmaterials vorgesehen? ☐ nein ☐ ja

Bei Arm- und Beinverletzungen:
Welche Seite ist betroffen? ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig

Sind Dauerfolgen zurückgeblieben bzw. zu erwarten? ☐ 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