

**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