

## 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