

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