

## Zusätzliche Erklärung über Nervenerkrankungen

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wodurch wurde das Leiden ausgelöst/  
verursacht? \_\_\_\_\_

Bei welchem Therapeuten/Arzt waren  
Sie zuletzt deswegen in Behandlung? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? \_\_\_\_\_

Erfolgte eine Psychotherapeutische  
Behandlung?  nein  ja

Welche Medikamente sind erforderlich? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Bestehen zurzeit noch Beschwerden  
(beispielsweise Schwindel, Depression,  
Herzbeschwerden) oder sind weitere  
Behandlungen angeraten?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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