

Zusätzliche Erklärung über Medikamenteneinnahme

Versicherungsnummer: _____
 Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
 Geburtsdatum: _____

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, - welche? _____

- seit wann? _____

- Dauermedikation? nein ja

- Dosis und Zeitabstände _____

- wegen welcher Beschwerden? _____

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? _____

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