

Zusätzliche Erklärung über Frauenkrankheiten

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
 Geburtsdatum: _____

Seit wann haben Sie
 - Unterleibsbeschwerden _____
 - Brustbeschwerden _____

Welcher Arzt hat die Behandlung durchgeführt? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann? _____

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? _____

Erfolgte eine Operation?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gewebeentnahme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, war der Befund gutartig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Wurden Sie mit einer Strahlentherapie behandelt? nein ja

Wurde die Brust, Gebärmutter und/oder die Eierstöcke entfernt? nein ja
 Wenn ja, was? _____

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? _____

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? _____

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

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