

**Zusätzliche Erklärung über Diabetes**

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

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

Seit wann leiden Sie an Diabetes? \_\_\_\_\_

Wird mit Insulin behandelt?  nein  ja

Wenn ja, wieviel Einheiten pro Tag? \_\_\_\_\_

Name des Präparats? \_\_\_\_\_

Muss eine Diät eingehalten werden?  nein  ja

Traten bisher Folgeerkrankungen auf?  nein  ja

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

Welche Medikamente sind erforderlich? \_\_\_\_\_  
(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 wurden durchgeführt? \_\_\_\_\_

Datum	Wert
_____	_____ mg/dl
_____	_____ mg/dl
_____	_____ mg/dl

**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