

## Zusätzliche Erklärung

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

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

Welche Beschwerden lagen vor? \_\_\_\_\_

Wann traten diese erstmals auf? \_\_\_\_\_

Welcher Arzt hat die Erkrankung festgestellt? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)  
 Wann? \_\_\_\_\_

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? \_\_\_\_\_  
(Wenn nicht bekannt, bitte bei Arzt erfragen)

Von wann bis wann wurden Sie deshalb behandelt? \_\_\_\_\_

Welcher Art war die Behandlung? \_\_\_\_\_

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 Befunde wurden erhoben? \_\_\_\_\_

Seit wann sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? \_\_\_\_\_

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

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