Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Zusätzliche Erklärung über Muttermal

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

1. Sind Muttermale entfernt worden? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, wann: _____

2. Ist eine Muttermalentfernung angeraten? ☐ ja ☐ nein

3. In welchem Zeitraum sind Kontrolluntersuchungen angeraten? ☐ keine ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich ☐ alle 2 Jahre oder seltener

4. War der Befund gutartig? ☐ ja ☐ nein

5. Sind alle Behandlungen abgeschlossen und besteht Beschwerdefreiheit? ☐ ja ☐ nein

6. Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt weger dieser Erkrankung in Behandlung? (Name/Anschrift) _____

   Wann? (Datum) _____

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 _____