

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 Kontroll-
 untersuchungen angeraten? keine
 vierteljährlich
 halbjährlich
 jährlich
 alle 2 Jahre oder seltener

4. War der Befund gutartig? ja
 nein

5. Sind alle Behandlungen abge-
 schlossen und besteht
 Beschwerdefreiheit? ja
 nein

6. Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt
 wegen 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