

**Verletzungen**

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

Alle nachfolgenden Fragen und Erklärungen beziehen sich auf die in dieser Zusatzklärung genannte Erkrankung, sofern nicht ausdrücklich eine andere Erkrankung genannt wird.

**1. Wann, warum und wodurch haben Sie sich verletzt?**

Bitte ausführliche Schilderung.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Welche Körperteile und/oder Organe waren betroffen?

|  |
|--|
|  |
|  |

links     rechts     beidseitig

Waren Sie aufgrund dieser Verletzung arbeitsunfähig?

nein     ja, wann und wie lange?

|  |
|--|
|  |
|--|

**2. Welche Diagnose stellte der Arzt?**

|  |
|--|
|  |
|--|

**3. Wie wurden bzw. werden Sie behandelt?**

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

(z.B. Röntgen, CT, Ultraschall, Kernspintomografie)

Wann und mit welchem Ergebnis?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Wurde eine Operation durchgeführt?

nein     ja, wann und welche Operation?

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> links      |
|  | <input type="checkbox"/> rechts     |
|  | <input type="checkbox"/> beidseitig |

Name und Anschrift der Klinik

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**Welche Behandlung wurde Ihnen verordnet?**

- Schienen
- Verbände
- Injektionen
- Krankengymnastik
- Wärme-, Kältetherapie
- Andere Behandlung, welche?

|  |
|--|
|  |
|--|

Wann und wie oft erfolgten die Behandlungen?

|  |
|--|
|  |
|  |

Wurden Ihnen Medikamente verordnet?

nein     ja, Name, Dosierung und Dauer der Einnahme?

|  |
|--|
|  |
|  |

**4. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?**

Ist die Verletzung vollständig ausgeheilt?

nein     ja, seit wann?

|  |
|--|
|  |
|--|

Sind weitere Behandlungen angeraten oder vorgesehen?

(z.B: Metallentfernung, Krankengymnastik, Reha-Maßnahmen)

nein     ja, welche?

|  |
|--|
|  |
|  |

Bestehen noch Beschwerden oder Folgen?

nein     ja, welche?

|  |
|--|
|  |
|  |

Sind Dauerfolgen zurück geblieben oder zu erwarten?

nein     ja, welche?

|  |
|--|
|  |
|  |

**5. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben?**

Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**Erklärung**

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift