

Medizin Allgemein

Antragsteller/in: Vorname, Name  
[ ]  
Versicherte Person: Vorname, Name  
[ ]

Geburtsdatum  
[ ]  
Geburtsdatum  
[ ]

Antrag vom  
[ ]  
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. Beschreibung der Beschwerden:

Unter welchen Beschwerden leiden oder litten Sie?

[ ]

Welcher Organbereich bzw. welches Körperteil ist von den Beschwerden betroffen? (inkl. Lokalisation, links, rechts, beidseitig)

[ ]

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden oder Diagnose des Arztes / der Ärztin bekannt?

nein  ja > Bitte geben Sie, wenn möglich, die ärztl. Diagnose an:  
[ ]

Wann sind die Beschwerden aufgetreten?

erstmals (Monat/Jahr): [ ]  
letztmals (Monat/Jahr): [ ]  andauernd

Sind die Beschwerden mehrmals aufgetreten?

nein  ja > Wie häufig? [ ] Mal

Treten die Beschwerden regelmäßig auf?

nein  ja > In welcher Regelmäßigkeit? [ ]

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?

nein  ja > Welche?  
[ ]

2. Behandlung der Beschwerden:

Wurden Sie wegen der genannten Beschwerden behandelt?

nein  ja > Wie häufig? In welchem Zeitraum? Bei welchem Arzt / welcher Ärztin? ( Name/n, Anschrift, Fachrichtung)  
[ ]  
[ ]  
[ ]

Waren Sie wegen der Beschwerden in stationärer Behandlung?

nein  ja > erstmals (Monat/Jahr): [ ]  
zuletzt (Monat/Jahr): [ ]

In welchem Krankenhaus? (Name, Anschrift, Fachabteilung)

[ ]  
[ ]

Findet die ärztliche Behandlung bzw. Kontrolle regelmäßig statt?

nein  ja > in welcher Regelmäßigkeit? [ ]

Ist die Behandlung abgeschlossen?  nein  ja

Werden oder wurden Untersuchungen wegen der genannten Beschwerden durchgeführt?

nein  ja,  Blutuntersuchung > Wann (Monat/Jahr)? Ergebnis?  
[ ]  
 sonstige > Welche? Wann (Monat/Jahr)? Ergebnis?  
[ ]  
[ ]

Ist eine Operation angeraten / geplant / durchgeführt worden?

nein  ja >  angeraten  geplant  
 durchgeführt, wann? [ ]

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein?

nein  ja > Welche? Medikament, Dosis, Häufigkeit der Einnahme (z. B. täglich / gelegentlich), Zeitraum der Einnahme (seit / bis)

[ ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]

Wurde eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?

nein  ja >  angeraten  geplant  durchgeführt  
Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

[ ]  
[ ]

3. Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit:

Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit?

nein  ja > In welchen Zeiträumen? Wie lange jeweils? (Angabe bitte in Kalendertagen)

[ ]  
[ ]

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten?

nein  ja > Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt?  
 nein  ja > Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Wechsels, den früheren und jetzigen Beruf an:

[ ]  
[ ]

Besteht eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS, ehemals MdE) festgestellt?

nein  ja > GdB: [ ] GdS: [ ]  
(Bitte Kopie des amtl. Bescheids beilegen - nicht des Ausweises)

4. Behandelnde Ärzte:

Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen?

nein  ja > Wann? Warum? Name/Anschrift/Fachrichtung:  
[ ]  
[ ]  
[ ]

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