

## ZUSATZERKLÄRUNG ZUM KRANKENVERSICHERUNGSANTRAG

Antrag vom:

Anschrift:

Name/Vorname des Antragstellers:

Person:

Vers.-Nr.:

### Frauenkrankheiten

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

5. In welchen Zeitabständen sind Kontrolluntersuchungen erforderlich?

2. Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

6. Gab es Fehlgeburten?  ja  nein  
Wann? Ursache?

- Wann sind sie erstmals aufgetreten? - Wann zuletzt?

7. Liegt eine Sterilität/Infertilität vor?  ja  nein

3. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

4. Wie wurde behandelt? (z. B. Operation? Bestrahlung?  
Chemotherapie?)

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

**Hat sich der Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) seit der Antragstellung geändert?  
Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an.**

Ort/Datum

Unterschrift