

### Selbstauskunft für sonstige Krankheiten

Anfrage vom: \_\_\_\_\_

Name der Person: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

\_\_\_\_\_

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

2.1. Wann sind diese erstmals aufgetreten?

2.2. Wann zuletzt?

2.3. Haben Sie jetzt noch Beschwerden?

\_\_\_ ja Welche?

\_\_\_ nein Seit wann sind Sie beschwerdefrei?

\_\_\_\_\_

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

Behandelnder Arzt (geben Sie bitte Name und Anschrift an):

\_\_\_\_\_

4. Wie wurde behandelt?

4.1. Welche Medikamente wurden verordnet bzw. genommen (Name, Dosis, Zeitraum)?

5. Ist eine Krankenhaus-/Kurbehandlung durchgeführt worden?

ja  nein

5.1. Angaben zum Zeitraum, Name und Anschrift:

---

6. Welche weiteren Behandlungen/Medikamente sind geplant bzw. erforderlich?

---

7. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

---

8. Waren oder sind Sie zeitlich begrenzt arbeits- oder berufsunfähig?

ja  nein

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil meines Vertrages. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der zu versichernden Person  
bzw. deren gesetzlichen Vertreter