

Selbstauskunft für Lungenerkrankungen

Anfrage vom: _____

Name der Person: _____ geb. am: _____

wohnhaft in: _____

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?
(z.B. Bronchitis, Lungen-, Rippenfellentzündung)

2. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

3. Wie wurde behandelt?

4. Ist eine Krankenhaus-/Kurbehandlung durchgeführt worden?

ja nein

Wann?

5. Wurden Sie operiert?

ja nein

Wann?

6. Wurde durch die Operation völlige Heilung erzielt?

ja nein

7. Bestehen noch Beschwerden/Folgen?

ja nein

Welche?

8. Ist Ihre Atmung frei, tief, ohne Schmerzen und Hustenreiz?

9. Stehen Sie noch unter ärztlicher Kontrolle oder Beobachtung?

ja nein

Wenn ja: In welchen Abständen?

10. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

11. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

12. 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