

Selbstauskunft über Muttermale

Anfrage vom: _____

Name der Person: _____ geb. am: _____

wohnhaft in: _____

1. Wurde eine Erkrankung festgestellt?

2. Hatten/Haben Sie diesbezüglich Beschwerden?

__ ja __ nein

Wenn ja, wann treten bzw. traten diese auf?

3. Angaben zur Ausprägung und zum bisherigen Verlauf?

4. An welchen Körperstellen in welchem Umfang (Größe der Flächen)
sind die Muttermale aufgetreten/vorhanden?

5.1. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

5.2. Behandelnder Arzt (Name und Anschrift):

6. Wie wurde behandelt (z.B. Medikamente, Salben, Bestrahlung)?

7.1. Ist eine Krankenhaus-/Kurbehandlung durchgeführt worden?

ja nein

7.2. Angaben zum Zeitraum, Name und Anschrift

8. Haben Sie jetzt noch Muttermale?

ja Wie viele?

nein

9. Sind weitere Behandlungen geplant bzw. erforderlich?

10. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

11. 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