

## Selbstauskunft für Verletzungen

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

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

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

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

\_\_\_\_\_

2. Wann erlitten Sie die Verletzung?

\_\_\_\_\_

3. Welche Körperteile (bitte auch angeben, ob rechts, links oder beidseitig) bzw. innere Organe wurden verletzt?

\_\_\_\_\_

4. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

\_\_\_\_\_

5. Wie wurde behandelt?

\_\_\_\_\_

6. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen?

ja  nein

6.1. Wenn ja: Welche?

7. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?  
(z.B. Metallentfernung, Krankengymnastik?)

---

8. Wer trägt die Kosten für die Folgen der Verletzung?  
(z.B. Berufsgenossenschaft, Unfallgegner?)

---

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

---

10. Erfolgt eine Operation?

ja  nein

10.1. Sind Metallteile eingesetzt worden?

ja  nein

10.2. Wurden diese wieder entfernt?

ja  nein

---

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