

## Zusätzliche Erklärung über Medikamenteneinnahme

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?  nein  ja

Wenn ja,  
- welche? \_\_\_\_\_

- seit wann? \_\_\_\_\_

- Dauermedikation?  nein  ja

- Dosis Zeitabstände \_\_\_\_\_

- wegen welcher Beschwerden? \_\_\_\_\_

Bei wem waren Sie zuletzt wegen  
dieser Erkrankung in Behandlung? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen wurden dabei  
durchgeführt? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen  
- werden jetzt durchgeführt? \_\_\_\_\_

- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? \_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter