

## Zusätzliche Erklärung über Nervenerkrankungen

Versicherungsnummer  
Versicherungsnehmer

Versicherte Person:

Fragen:	Antworten: (Bitte alle Fragen beantworten)						
1. Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung?							
2. Wodurch wurde das Leiden ausgelöst/verursacht?							
3. Bei welchem Therapeuten/Arzt waren Sie zuletzt deswegen in Behandlung? (Bitte Name und Anschrift angeben)  Wann war die letzte Behandlung?	<table border="1" data-bbox="810 974 1086 1037"><thead><tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
4. Erfolgte eine Psychotherapeutische Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
5. Welche Medikamente sind erforderlich? (Bitte Name und Dosierung angeben)							
6. Bestehen zurzeit noch Beschwerden (beispielsweise Schwindel, Depression, Herzbeschwerden) oder sind weitere Behandlungen angeraten?  Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
7. Seit wann sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?	<table border="1" data-bbox="810 1444 1086 1507"><thead><tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					

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

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)  
der versicherten Person ab dem 16. Lebensjahr. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter