

Zusätzliche Erklärung über rheumatische Erkrankungen

Versicherungsnummer _____
Versicherungsnehmer _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum _____

Welche Art von Rheumatismus liegt/
lag vor?

- Gelenkrheumatismus nein ja
- Muskelrheumatismus nein ja

Sind Folgen durch die rheumatische
Erkrankung aufgetreten? nein ja

Wenn ja, welche?
(beispielsweise Bewegungseinschränkungen,
Verdickung an Gelenken, Arthrosen)? _____

Welcher Arzt hat die Erkrankung
festgestellt? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann? _____

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? _____

Nehmen/nahmen Sie Medikamente? nein ja

Wenn ja, welche? _____
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

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

Wann war die letzte Behandlung? _____

Welche Behandlungen
- werden jetzt durchgeführt? _____

- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

Seit wann sind Sie behandlungs- und
beschwerdefrei? _____

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