

## Zusätzliche Erklärung über Rippenfellentzündung

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

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

Von wann bis wann litten Sie an  
Rippenfellentzündung? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Welche Art von Rippenfellentzündung  
liegt/lag vor?

- |            |                               |                             |
|------------|-------------------------------|-----------------------------|
| - eitrig?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - feucht?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - trocken? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

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?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente sind erforderlich?

\_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Haben/hatten Sie zusätzliche andere  
Atemwegsbeschwerden?

nein  ja

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**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