

Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Selbstauskunft Gelenkerkrankungen

für \_\_\_\_\_

Sofern der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt.

<b>1. Wie wurde die Erkrankung vom Behandler bezeichnet?</b>	<b>11. Wurde eine Krankenhaus- oder Kurbehandlung durchgeführt, angeraten oder ist eine geplant?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte nähere Erläuterungen)
<b>2. Welcher Art waren die Beschwerden?</b>	<b>12. Welche Medikamente wurden verordnet?</b>
<b>3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?</b>	<b>13. Über welchen Zeitraum und in welcher Dosierung erfolgte die Medikation?</b>
<b>4. Welche Gelenke sind erkrankt?</b>	<b>14. Ist weiterhin eine Medikation erforderlich?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
<b>5. Tritt die Erkrankung beidseitig auf (z.B. Hand-, Schulter-, Hüft-, Kniegelenk)?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> nur rechts <input type="checkbox"/> nur links	<b>15. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?</b> <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> nein, es bestehen noch folgende Beschwerden: _____
<b>6. Treten die Beschwerden wiederkehrend auf?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft und in welchen Abständen?	<b>16. Welche weiteren Behandlungen sind geplant oder erforderlich?</b>
<b>7. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?</b>	<b>17. Welcher Arzt kann hierzu Auskunft geben?</b>
<b>8. Wie wurden Sie behandelt?</b>	
<b>9. Erfolgen oder erfolgten Massagen, Bestrahlungen, Physiotherapie? (Wenn ja, bitte Daten angeben.)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>10. Werden orthopädische Hilfsmittel eingesetzt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	

Ich bestätige, dass ich die in dieser Erklärung gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet habe. Über die oben niedergeschriebenen Angaben hinaus habe ich dem Makler/Vermittler keine weiteren Auskünfte zum Gesundheitszustand erteilt. Mir ist bekannt, dass unvollständige bzw. falsche Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschriften des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person bzw. deren gesetzlicher Vertreter