

**Medizinische Selbstauskunft**  
über sonstige Erkrankungen

Antragsteller: \_\_\_\_\_ Mitgl./Bearb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_ Antrag/Anfrage vom: \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen** \_\_\_\_\_

1. Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt) \_\_\_\_\_
2. Beschwerden:
  - 2.1 Welcher Art waren diese? \_\_\_\_\_
  - 2.2 Wann sind diese erstmals aufgetreten? \_\_\_\_\_
3. Welcher Arzt hat Sie früher behandelt? \_\_\_\_\_
- 3.1 Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Arbeitsunfähig?  nein  ja, von wann bis wann? \_\_\_\_\_
4. Welche Art von Behandlungen/Untersuchungen wurden durchgeführt? \_\_\_\_\_
- 4.1 bei Medikation: Name und Dosierung? \_\_\_\_\_
- 4.2 Erfolgte eine Operation?  nein  ja ambulant?  nein  ja
- 4.3 Wenn ja, welche Befunde wurden erhoben? \_\_\_\_\_  
(evtl. Befund-/Entlassberichte beifügen)
5. Wie hoch ist Ihr Blutdruck? (mit u. ohne Medikation) (nur bei Herz-Kreislaufkrankungen)
 

Wert: _____ / _____	Tag: _____
mit Medikation	
Wert: _____ / _____	Tag: _____
ohne Medikation	
6. Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung? (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- 7.1 Wenn nein, welcher Art sind die Beschwerden? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Sind Sie jetzt behandlungsfrei?  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- 8.1 Wenn nein, welcher Art sind die Behandlungen? \_\_\_\_\_
9. Sind weitere Maßnahmen/Kontrollen angeraten?  nein  ja
- 9.1 Wenn ja, welcher Art und wann? \_\_\_\_\_
10. Welcher Arzt kann Auskunft geben? \_\_\_\_\_

**Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller und zu versichernde volljährige Person