

Selbstauskunft C 07 wegen

Logopädischer Behandlung Vers.-Nr.: _____ Kdn.-Nr.: _____

Name: _____ Geb.datum: _____

Mit dieser Selbstauskunft wollen wir uns zusätzliche Informationen zu den gemachten Angaben im Antrag beschaffen, damit wir kurzfristig ein individuelles Angebot unterbreiten können. Genaue Angaben ersparen Rückfragen. Manchmal hilft ein Telefonat mit dem Arzt / Therapeuten bei der Beantwortung der Fragen.

- 1.) Wie lautet die genaue Diagnose? _____
Genaue Angaben ersparen Rückfragen!
- 2.) Welche Beschwerden lagen / liegen vor?
(z.B.: Lispeln, Stottern, Poltern) _____
- 2.a) Ist die Ursache der Beschwerden bekannt?
(z.B.: Hörbeeinträchtigung, Schluckstörung,
psychische Ursachen) Ja, folgende Ursache: Nein
- 3.) Wird / wurde eine Fördereinrichtung besucht?
(z.B.: Frühförderstellen, Förderkindergärten,
Tagesförderstellen, Sonderschulen) Ja, folgende Einrichtung: Nein
- 4.) Wie oft und über welchen Zeitraum findet
bzw. hat die logopädische Behandlung
stattgefunden?
(mindestens Monat und Jahr) _____
- 5.) Ist die Entwicklung altersgemäß? Ja Nein
- 5.a) Wenn nein, welche Entwicklungsver-
zögerungen bestehen?
(z.B.: motorische, kognitive, emotionale oder soziale
Entwicklungsverzögerung) _____
- 6.) Werden Medikamente eingenommen? Ja Nein
- 6.a) Wenn ja, welche und wie oft?
(z.B.: 1 Tablette täglich) _____
- 7.) Besteht Behandlungs- und Beschwerdefrei-
heit? Ja Nein
- 7.a) Wenn ja, seit wann?
(Bitte mit Monat und Jahr angeben) _____
- 8.) Welcher Arzt / Therapeut könnte
Auskunft erteilen? (Bitte Name und Anschrift)

- 9.) Sind weitere Maßnahmen angeraten
oder empfohlen? (z.B.: Operation, Kur, Kontrolle) Ja Nein
- 9.a) Wenn ja, welche? _____
- 10.) Weshalb und wann fand der letzte Arzt- /
Therapeutenbesuch statt? _____

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sind. Mir ist bewusst, dass fehlerhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller und mitzuversichernde
Person (über 16 Jahre)