

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Welche Beschwerden haben (hatten) Sie?

Im Unterleib: Schmerzen Blutungen Ausfluss folgende Weitere:

In den Brüsten: Entzündung Verhärtung Zyste(n) folgende Weitere:

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Monat Jahr

Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?

von bis von bis von bis

Fand eine Krankenhausbehandlung statt?

ja nein

Falls ja, wann und wie lange?

Monat Jahr von bis

Wie wurde behandelt? (z.B. Operation? Bestrahlung? Chemotherapie?)

Traten bereits Fehlgeburten auf?

ja nein

Falls ja, welche und wie oft?

Liegt eine Sterilität/Infertilität vor?

ja nein

Besteht unerfüllter Kinderwunsch?

ja nein

Wurde bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

ja nein

Werden bzw. wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt?

ja nein

Falls ja, wann und in welchen Abständen?

Monat Jahr Abstände

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?

ja nein

Seit wann?

Monat Jahr

Bei welchen Ärzten / Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person