

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?

von bis

Welche Medikamente werden bzw. wurden eingenommen?

Wurde ein PSA-Wert ermittelt?

ja nein

Falls ja, wie hoch war dieser?

War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?

ja nein

Falls ja, in welchem Zeitraum?

von bis

Wurde eine Operation durchgeführt?

ja nein

Falls ja, Art und Zeitpunkt der Operation? (Bitte KH-Entlassungsbericht beifügen)

Monat Jahr

Ist eine Operation vorgesehen?

ja nein

Falls ja, welche?

Welche Beschwerden bestehen bzw. bestanden?

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?

ja nein

Falls ja, 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