

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Ist die Ursache der Erkrankung bekannt?

ja nein

Falls ja, welche Ursache hat die Erkrankung?

Virusinfekte Blutdruck zu hoch Verletzung bzw. Einblutung
 Stress Blutdruck zu niedrig Hohe Lärmbelastung
 Gefäßveränderungen (z.B. Arteriosklerose, Diabetes) Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule

Sonstige Ursachen?

Welche Beschwerden traten auf?

Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

Monat Jahr

Trat die Erkrankung schon öfters auf?

ja nein

Falls ja, wann und in welchen zeitlichen Abständen?

Monat Jahr von bis von bis

Ist die Hörfähigkeit eingeschränkt?

ja nein

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt und wie lauten die Befunde?

Welche Behandlungen wurden zwischenzeitlich durchgeführt?

Medikamente?

ja nein

Falls ja, welche und wann?

Infusionstherapie?

ja nein

Falls ja, mit welchem Ergebnis?

Sonstige Behandlungen?

ja nein

Falls ja, welche?

Ist die Therapie abgeschlossen?

ja nein

Falls ja, seit wann?

Monat Jahr

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?

ja nein

Falls ja, seit wann?

Monat Jahr

Sind weitere Untersuchungen angedenkt oder geplant?

ja nein

Falls ja, welche?

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