
Antragsteller

Name, Vorname _____

Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname _____

DIAGNOSE/BEFUND

Name/Anschrift des behandelnden Arztes _____

Datum (MM/JJ) _____

Genaue Diagnose

Sofern die genaue Diagnose nicht bekannt ist, beschreiben Sie bitte ausführlich Ihre Symptome und geben Sie an, was Ihnen Ihr Arzt bezüglich der wahrscheinlichen Ursache mitgeteilt hat.

Wann sind das erste Mal Symptome aufgetreten (MM/JJ)? _____

Wie oft traten die Symptome in den letzten zwei Jahren auf?

Sind Sie jetzt beschwerdefrei?

Nein

Wenn **Nein**, welche Symptome haben Sie noch? _____

Ja

Wenn **Ja**, wann traten die Symptome das letzte Mal auf? _____

UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

Wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung behandelt oder ist eine Behandlung geplant? Nein Ja

Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name, Anschrift _____

Zeitpunkt/-raum _____

Art der Behandlung _____

Wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung operiert oder ist eine Operation geplant? Nein Ja

Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Operation

Name, Anschrift _____

Zeitpunkt/-raum _____

Art der Behandlung _____

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein!

Welche Medikamente sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM/JJ) _____ ggf. Einnahme Ende (MM/JJ) _____ Dosis _____

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM/JJ) _____ ggf. Einnahme Ende (MM/JJ) _____ Dosis _____

Welche Blutdruckwerte wurden bei Ihnen zuletzt gemessen?

Datum (ggf. Zeitpunkt) _____ Systolisch _____ Diastolisch _____

Datum (ggf. Zeitpunkt) _____ Systolisch _____ Diastolisch _____

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen arbeitsunfähig? Nein Ja

Wenn Ja, wann _____

Diagnose _____

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine Notarztbehandlung? Nein Ja

Wenn Ja, wann _____

Grund _____

KRANKENHAUSAUFENTHALTE, REHAS UND KUREN

Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren! Erfolgte wegen der Erkrankungen/ Funktionsstörungen in den letzten 10 Jahren eine stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Wenn **Ja**, wann _____

Diagnose _____

Wenn **Ja**, wann _____

Diagnose _____

BEHANDELNDE ÄRZTE

Von welchem Arzt oder Krankenhaus wurden Sie wegen Ihrer angegebenen Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name, Anschrift _____

Zeitpunkt/-raum _____

Art der Untersuchung _____

ZUSÄTZLICHE ANGABEN

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten).

Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Es folgen noch Angaben

Zusätzliche Angaben sind beigefügt

Anzahl Extrablätter _____

Ich erkläre, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe, die die Beurteilung oder Annahme dieses Antrages beeinflussen können. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages ist und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person