

Genaue medizinische Diagnose**Beginn**
(MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

ggf. Ende
(MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

Wie oft bestanden die Beschwerden
und welcher Art?Bestehen **Folgen** der Erkrankung? ☐ nein ☐ ja Welche?**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.****Blut- und
Laborwerte**Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** (Leberwerte, Hepatitisviren, usw.) bekannt?☐ nein ☐ ja (ggf. Fotokopie beifügen)**Art des Wertes****Wert****Datum (MM.JJJJ)**

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

**Untersuchungen/
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Blutuntersuchung | 6. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 2. Ultraschalluntersuchung | 7. Punktion Nervenwasser (Liquor) |
| 3. Röntgenuntersuchung | 8. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 4. Computertomographie (CT) | 9. Operation |
| 5. Kernspin (MRT) | |

10. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--

Befund/Maßnahme

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--

Befund/Maßnahme**Medikamente**Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?**Name des Medikaments****Einnahme Beginn**
(MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

ggf. Einnahme Ende
(MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

Dosis**Name des Medikaments****Einnahme Beginn**
(MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

ggf. Einnahme Ende
(MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

Dosis

Arbeitsunfähig

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? ☐ nein ☐ ja

Diagnose

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Notarztbehandlung

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**?

☐ nein ☐ ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben

Grund

Krankenhausbehandlungen, 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.

Diagnose

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Diagnose

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

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 und Anschrift

Zeitpunkt/Zeitraum welche 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 beigelegt**

Anzahl Extrablätter

Schlussklärung und Unterschrift

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter (z. B. Vermittler) diesen Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)