

**Medizinische Selbstauskunft**  
für Untergewichtige

Antragsteller: \_\_\_\_\_

Mitgl.-/Bearb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Antrag/Anfrage vom: \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen "Untergewicht"!**

1. Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt) \_\_\_\_\_  
(Anorexia nervosa / Bulimie / Kachexia)
2. Ist das Untergewicht konstitutionell bedingt?  nein  ja
3. Ist das Untergewicht ernährungsbedingt?  nein  ja
4. Erfolgte eine Gewichtsabnahme bei einer Infektionskrankheit?  nein  ja
5. Seit wann haben Sie das derzeitige Gewicht? \_\_\_\_\_
6. Wie verlief die Gewichtsentwicklung in den letzten 5 Jahren? \_\_\_\_\_
7. Nehmen Sie regelmäßig/unregelmäßig Medikamente?  nein  ja,  
welche?  
 Appetitzügler  Abführmittel  Sonstige (Name/Dosis) \_\_\_\_\_
8. Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung?  
(Name, Anschrift) \_\_\_\_\_
9. Sind noch weitere Maßnahmen angeraten?  nein  ja
- 9.1 wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

**Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden, volljährigen Person