

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