

## Medizinische Selbstauskunft

über sonstige Erkrankungen

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

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

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

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

**Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen** \_\_\_\_\_

1. Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt) \_\_\_\_\_
2. Beschwerden: \_\_\_\_\_
- 2.1. Welcher Art waren diese? \_\_\_\_\_
- 2.2. Wann sind diese erstmals aufgetreten? \_\_\_\_\_
3. Welcher Arzt hat Sie früher behandelt? \_\_\_\_\_
- 3.1. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Arbeitsunfähig?  nein  ja, von wann bis wann? \_\_\_\_\_
4. Welche Art von Behandlungen/Untersuchungen wurden durchgeführt? \_\_\_\_\_
- 4.1. bei Medikation: Name und Dosierung? \_\_\_\_\_
- 4.2. Erfolgte eine Operation?  nein  ja ambulant?  nein  ja
- 4.3. Wenn ja, welche Befunde wurden erhoben? \_\_\_\_\_
- (evtl. Befund-/Entlassberichte beifügen)
5. Wie hoch ist Ihr Blutdruck? (mit u. ohne Medikation) (nur Herz-Kreislaufkrankungen)
- Wert: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tag: \_\_\_\_\_  
mit Medikation
- Wert: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tag: \_\_\_\_\_  
ohne Medikation
6. Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung? (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_
7. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_
8. Wenn nein, welcher Art sind die Beschwerden? \_\_\_\_\_
- 8.1. Sind Sie jetzt behandlungsfrei?  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_
9. Wenn nein, welcher Art sind die Behandlungen? \_\_\_\_\_
- 9.1. Sind weitere Maßnahmen/Kontrollen angeraten?  nein  ja
- 9.1. Wenn ja, welcher Art und wann? \_\_\_\_\_
10. Welcher Arzt kann Auskunft geben? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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