

Rheuma - Z 23

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:



HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B - Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?

3. An welchen Körperteilen / Organen traten die Beschwerden auf?

4. Die Erkrankung/Beschwerden treten bzw. traten auf:

- Einmalig? von: _____ bis: _____
- Wiederholt? Seit wann? _____ Wann zuletzt? _____
- Dauernd? Seit wann? _____

5. Besteht bzw. bestand eine Bewegungseinschränkung? Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben:
Wo, wann?

- Keine Bewegungseinschränkung
- Leichte Bewegungseinschränkung: _____
- Mittlere Bewegungseinschränkung: _____
- Schwere Bewegungseinschränkung: _____

6. Wie wurden oder werden Sie behandelt?

Medikamente, Injektionen von _____ bis _____

regelmäßig bei Bedarf

mit _____

Bestrahlungen/ Fango

Krankengymnastik/ Chirotherapie

Operation Wann? _____ Welche? _____

Operation geplant Wann? _____ Welche? _____

Sonstige Behandlung Welche? _____

7. Wurden Labortests (wie CRP, RF, AST, ASL) durchgeführt?
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann, welche, Ergebnis?)

8. Wurde eine Röntgenuntersuchung durchgeführt?
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann, Ergebnis?)

9. Von wem (Arzt / Krankenhaus / Kuraufenthalt) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Welche Untersuchungen / Behandlungen

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?
Dauer? nein ja, einmal von _____ bis _____ ja, mehrmals

11. Wurde Ihnen in Verbindung mit der Erkrankung bzw. Ihren Beschwerden ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten?
 nein Ja - Angeratener Berufs-/Tätigkeitsbereich:

12. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt? nein
 ja, _____ % GdB/MdE

13. Zusätzliche Angaben:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers

Z 23