



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?  nein  
Dauer?  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