

Allgemeine Angaben - Z 3

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Erkrankung?
2. Welche Beschwerden / Symptome bestehen / bestanden in Bezug auf die Erkrankung?

3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden

Einmalig Von: _____ Bis: _____

Wiederholt Seit wann?: _____ Wann zuletzt?: _____

Dauernd Seit wann?: _____

4. Wie wurde Ihre Erkrankung / Ihre Beschwerden behandelt?

Keine Behandlung

mit Medikamenten Name: _____ Dosis: _____ von/bis: _____

mit Medikamenten Name: _____ Dosis: _____ von/bis: _____

Sonstige Behandlungen: _____

5. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

nein, keine Folgen / Beschwerden mehr seit: _____

ja, Art der Folgen / Beschwerden: _____

6. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden /
Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?

nein

ja, einmal von _____ bis _____

ja, mehrmals

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

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

8. Ist eine Röntgenuntersuchung erfolgt? nein
 ja, am: _____ Arzt: _____
 Ergebnis: _____
9. Ist ein Elektrokardiogramm (EKG) aufgenommen worden? nein
 ja, am: _____ Arzt: _____
 Ergebnis: _____
10. Ist eine operative Behandlung erfolgt oder geplant? Welche? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis? nein
 ja, _____
11. Rauchen Sie? nein
 ja, _____ Stück/Tag
12. Ist eine Laboruntersuchung durchgeführt worden? nein
 ja
- 12a. Sind die Werte im Normbereich? ja
 nein (bitte Laborblatt beifügen)
13. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt? nein
 ja _____ % GdB/MdE
14. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? ja
 (Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?) nein, Einschränkungen
15. 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