

# Zusätzliche Erklärung

1. AV-Nr.	Versicherungsschein-Nr.

## Spezielle Fragen zu

<input type="checkbox"/> <b>Wirbelsäulen-, Rückenleiden</b> (z. B. Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäulen-Syndrom, Schleudertrauma, Muskelverspannungen, Hexenschuss, Ischialgie, Lumbalgie, Bandscheibenvorfall, -operation, Scheuermann-, Bechterew-Krankheit)  Wie wurde die Erkrankung von Ihrem Arzt bezeichnet? _____	Welche Ursachen(n) hat die Erkrankung (z. B. Verschleiß, Wirbelsäulenverkrümmung)? _____  Wie wurden Sie behandelt (z. B. Massagen, Spritzen)? _____	
<input type="checkbox"/> <b>Verletzungen</b> (z. B. Bruch, Verstauchung, Bänder-, Sehnen(an)riss, Schädel-Hirn-Trauma, Quetschung, Luxation)  Wie wurde die Verletzung von Ihrem Arzt bezeichnet? _____	Welche Körperteile bzw. Organe wurden verletzt? _____  Waren Sie bewusstlos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie lange? _____ Bestehen Dauerfolgen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche? _____	
<input type="checkbox"/> <b>psychische Erkrankungen</b>  Wie wurde die Erkrankung von Ihrem Arzt bezeichnet? _____  Bitte beschreiben Sie die Beschwerden: _____ _____  Ursache _____	Wie war der Verlauf? _____  Wie wurden Sie behandelt? _____  Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann? _____	
<input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> (Zuckerkrankheit)  Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Diabetes leiden? _____	Welche aktuelle und welche zurückliegende HbA1c-Werte wurden gemessen? Datum    %                  Datum    %                  Datum    % _____ _____  _____  _____  _____  _____    Wie werden Sie behandelt? <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Insulin	
<input type="checkbox"/> <b>Allergische Erkrankungen</b> (z.B. Heuschnupfen, Hautallergie, Eiweiß-, Penicillinallergie, Hausstaub-, Tierhaar-, Kontaktallergie)  Wie wurde die Erkrankung von Ihrem Arzt bezeichnet? _____	Gegen welche Stoffe sind Sie allergisch? _____  Löst die Allergie auch Atembeschwerden oder Schockzustände aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Was davon? _____	
<input type="checkbox"/> <b>Gelenkerkrankungen, Rheuma</b> (z. B. Muskelrheuma, Myalgie, Gelenkrheuma, Arthrose, Arthritis, chronische Polyarthritis, Rheumatisches Fieber, akuter Rheumatismus)  Wie wurde die Erkrankung von Ihrem Arzt bezeichnet? _____ Verursachte die Erkrankung Gelenkschwellungen, -schmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verursachte die Erkrankung Gelenkdeformierungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verursachte die Erkrankung Muskelschwund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verursachte die Erkrankung Bewegungsstörungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verursachte die Erkrankung auch Herzbeschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein An welchen Körperteilen? _____ Welcher Art? _____		
Ich bestätige, dass die Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet sind. Ich weiß, dass unrichtige oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können.		
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers, ggf. der gesetzlichen Vertreter	Unterschrift der zu versichernden Person