



**Genauere medizinische Diagnose** \_\_\_\_\_**Beginn**  
(MM.JJJJ)**ggf. Ende**  
(MM.JJJJ)Wie oft bestanden die Beschwerden  
und welcher Art?Bestehen **Folgen** der Erkrankung?  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.****Blut- und  
Laborwerte**Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** (Leberwerte, Hepatitisviren, usw.) bekannt? nein  ja (ggf. Fotokopie beifügen)**Art des Wertes****Wert****Datum (MM.JJJJ)**

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Untersuchungen/  
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. Blutuntersuchung         | 6. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 2. Ultraschalluntersuchung  | 7. Punktion Nervenwasser (Liquor)                   |
| 3. Röntgenuntersuchung      | 8. Gewebeentnahme (Biopsie)                         |
| 4. Computertomographie (CT) | 9. Operation  |
| 5. Kernspin (MRT)           |   |

10. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Befund/Maßnahme**

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Befund/Maßnahme****Medikamente**Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?**Name des Medikaments** \_\_\_\_\_**Einnahme Beginn**  
(MM.JJJJ)**ggf. Einnahme Ende**  
(MM.JJJJ)**Dosis****Name des Medikaments** \_\_\_\_\_**Einnahme Beginn**  
(MM.JJJJ)**ggf. Einnahme Ende**  
(MM.JJJJ)**Dosis**

**Arbeitsunfähig**Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**?  nein  ja**Diagnose**

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Notarztbehandlung**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein  ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben 

Grund

**Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren****Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur**? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.**Diagnose**Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt) **Diagnose**Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt) **Behandelnde Ärzte**Von **welchem Arzt oder Krankenhaus** wurden Sie wegen Ihrer **angegebenen** Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name und Anschrift

---

---

Zeitpunkt/Zeitraum    welche Untersuchung

---

---

**Zusätzliche Angaben**Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**. Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**) **alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben** **es folgen noch Angaben** **zusätzliche Angaben sind beigefügt**Anzahl Extrablätter **Schlusserklärung und Unterschrift**Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat**.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)