



**Untersuchungen/ Behandlungen** Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen**?

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

9. Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (bitte diese hier angeben) \_\_\_\_\_

Ziffer	Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)	Befund / Maßnahme	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

**Geplante Untersuchungen/ Behandlungen** Sind bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen geplant**?

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

10. Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (bitte diese hier angeben) \_\_\_\_\_

Ziffer	Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)	Unter welchen Umständen soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?

**Medikamente** Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments	Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis

**Arbeitsunfähigkeiten** Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**?  nein  ja  
**Diagnose** \_\_\_\_\_ Zeitraum (ggf. ungefährender Zeitpunkt) \_\_\_\_\_

**Notarztbehandlung** Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**?  nein  ja, ca. \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

**Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren** 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 (ggf. ungefährender Zeitpunkt)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

**Schlussklärung und Unterschrift** Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der versicherten Person \_\_\_\_\_