

Selbstauskunft

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu.
 Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Bitte senden Sie uns keine Informationen, die älter als 10 Jahre sind.

 Name, Vorname

 Eingangsstempel des DG/Interner Vermerk

 Geburtsdatum

 Straße, Hausnummer

 /
 Antragsdatum/Antragsnummer

 PLZ, Ort

 /
 Versicherungsnehmer/Versicherungsnummer

Ergänzung zu den Gesundheitsangaben laut o. g. Antrag:

1. Wie lautet die genaue Diagnose (falls nicht bekannt beim Arzt erfragen)? _____
2. Beschwerden:
 - 2.1 Welcher Art waren diese? _____
 - 2.2 Wann sind diese erstmals aufgetreten? _____
3. Welcher Arzt hat Sie früher behandelt? _____
4. Besteht oder bestand Arbeitsunfähigkeit? nein ja, von wann bis wann? _____
5. Welche Behandlungen/Untersuchungen wurden durchgeführt? _____
- 5.1 Erfolgte eine Operation? nein ja, wann und welcher Art? _____
- 5.2 Erfolgte eine stationäre Behandlung/Untersuchung? nein ja, wann und welcher Art? _____
- 5.3 Welche Befunde wurden erhoben (bitte Befundberichte beifügen)? _____
- 5.4 Wie hoch ist ihr Blutdruck?

Wert:	Wert:	Wert:
Wann gemessen?	Tag:	Tag:
6. Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung/Untersuchung? _____
7. Sind Sie jetzt beschwerdefrei? ja, seit wann? _____
 nein, welcher Art sind die Beschwerden? _____

8. Sind Sie jetzt behandlungsfrei? ja, seit wann? _____
 nein, welcher Art sind die Behandlungen (auch Medikation)?

9. Sind noch weitergehende Maßnahmen angeraten? nein ja, wann und welcher Art?

10. Welcher Arzt kann Auskunft geben (bitte genaue Anschrift angeben)?

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Unterschrift der volljährigen betroffenen Person