Netfonds AG

Medizinische Selbstauskunft
für Untergewichtige

Antragsteller: _____ Mitgl.-/Bearb.-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____ Antrag/Anfrage vom: _____

Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen "Untergewicht"!

1. Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt) _____
   (Anorexia nervosa / Bulimie / Kachexia)
2. Ist das Untergewicht konstitutionell bedingt? ☐ nein ☐ ja
3. Ist das Untergewicht ernährungsbedingt? ☐ nein ☐ ja
4. Erfolgte eine Gewichtsabnahme bei einer Infektionskrankheit? ☐ nein ☐ ja
5. Seit wann haben Sie das derzeitige Gewicht? _____
6. Wie verlief die Gewichtsentwicklung in den letzten 5 Jahren? _____
7. Nehmen Sie regelmäßig/unregelmäßig Medikamente? ☐ nein ☐ ja,
   welche?
   ☐ Appetitzügler ☐ Abführmittel ☐ Sonstige (Name/Dosis) _____
8. Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung?
   (Name, Anschrift) _____
9. Sind noch weitere Maßnahmen angeraten? ☐ nein ☐ ja

9.1 wenn ja, welcher Art? _____

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

_____ _____
Datum Unterschrift der zu versichernden, volljährigen Person