Netfonds AG

Medizinische Selbstauskunft
über sonstige Erkrankungen

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

Zu versichernde Person: _____ Antrag/Anfrage vom: _____

Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen _____

_____

1	Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt)	_____
2	Beschwerden:	_____
2.1	Welcher Art waren diese?	_____
2.2	Wann sind diese erstmals aufgetreten?	_____
3.	Welcher Arzt hat Sie früher behandelt?	_____
3.1	Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Arbeitsunfähig?	☐ nein ☐ ja, von wann bis wann?_____
4.	Welche Art von Behandlungen/Untersuchungen wurden durchgeführt?	_____
4.1	bei Medikation: Name und Dosierung?	_____
4.2	Erfolgte eine Operation?	☐ nein ☐ ja ambulant? ☐ nein ☐ ja
4.3	Wenn ja, welche Befunde wurden erhoben?	_____ (evtl. Befund-/Entlassberichte beifügen)
5.	Wie hoch ist Ihr Blutdruck? (mit u. ohne Medikation) (nur Herz-Kreislauferkrankungen)	Wert:_____/_____ Tag:_____ mit Medikation Wert:_____/_____ Tag:_____ ohne Medikation
6.	Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung? (Name, Anschrift)	_____ _____
7.	Sind Sie jetzt beschwerdefrei?	☐ nein ☐ ja, seit wann?
8.	Wenn nein, welcher Art sind die Beschwerden?	_____ _____
8.1	Sind Sie jetzt behandlungsfrei?	☐ nein ☐ ja, seit wann?
9.	Wenn nein, welcher Art sind die Behandlungen?	_____
9.1	Sind weitere Maßnahmen/Kontrollen angeraten?	☐ nein ☐ ja
9.1	Wenn ja, welcher Art und wann?	_____
10.	Welcher Arzt kann Auskunft geben?	_____

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

_____ _____
Datum Unterschrift der zu versichernden volljährigen Person