

Fragebogen Unfallverletzungen



Zusatzerklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?	☐ ja, am ☐ nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	☐ ja, am ☐ nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	☐ ja, am ☐ nein
5. Über welchen Zeitraum sind diesbezüglich Beschwerden aufgetreten? Insbesondere, wann zuletzt?	von bis zuletzt
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche? Wurden diese Ihnen verschrieben? ☐ ja ☐ nein Dosierung:	☐ ja, von bis ☐ nein
7. Wann hat sich der Unfall ereignet?	
8. Bestand Bewusstlosigkeit? Wenn ja, wie lange?	☐ ja ☐ nein

Fragebogen Unfallverletzungen



9. Wurden spezielle Untersuchungen durchgeführt? (z.B: Röntgenuntersuchungen) Wenn ja, wann, Ergebnis?	☐ ja, am ☐ nein
10. Wie haben sich die Beschwerden geäußert?	
11. Sind Sie operiert worden? Sind Operationen vorgesehen? Wann? (Monat/Jahr) Welche Art war die Operation und wie war der Erfolg?	☐ ja ☐ nein
12. Wie ist es zum Unfall gekommen?	
13. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?	☐ ja, seit ☐ nein
14. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	☐ ja ☐ nein
15. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?	☐ ja ☐ nein von bis

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

☐ zusätzliche Angaben sind beigelegt
 ☐ Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Falls ärztliche Unterlagen vorliegen bitte diese ebenfalls beifügen!

Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers