

Gesundheitserklärung und weitere risikorelevante Personendaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen



Versicherungsanfrage / Versicherungsantrag bzw.
Anmeldung zum Firmengruppenversicherungsvertrag vom _____

VNR

_____ wird von ERGO ausgefüllt

Risikoträger: ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG

Zu versichernde Person (VP)

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Umfang der Gesundheitsfragen – Bei einer Versicherungsanfrage /einem Versicherungsantrag zum Abschluss folgender Versicherung ist die Beantwortung von Gesundheitsfragen erforderlich:
– Berufsunfähigkeitsversicherung
– Altersrentenversicherung / fondsgebundene Altersrentenversicherung mit Einschluss von Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen, Todesfall-, Hinterbliebenenleistung, die eine Gesundheitsprüfung erfordern

Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, gilt Folgendes: Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, z. B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf den Folgeseiten dieser Erklärung.

Vorliegende Gentests sind erst ab einer beantragten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von >30.000 Euro anzugeben!
HINWEISE: Die nachfolgenden Frageergänzungen und Beispiele dienen nur der Verdeutlichung; sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wenn Sie behandelnde Ärzte benennen, entbindet Sie das nicht von Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Zu den mit „ja“ beantworteten Fragen müssen Sie am Ende des Fragenkatalogs weiterführende Angaben machen.

A – Allgemeine Fragen

Bitte beachten Sie bei den Fragen in den Abschnitten A, B, C und D den Hinweistext zur Anwendung von Zusätzlichen Erklärungen auf der Rückseite dieser Erklärung.

A.1 Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 3 Monate außerhalb der EU, Schweiz, Norwegen, Großbritannien, Island, USA, Kanada, Australien, Neuseeland aufzuhalten?

ja ☐ nein ☐

A.2 Sind Sie besonderen Gefahren in der Freizeit ausgesetzt?
(z. B. Flugsport aller Art, Motorsport (nur anzugeben bei Teilnahme an Wettkämpfen, Rennen oder Veranstaltungen zur Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit), Berg- und Klettersport, Tauchsport, Kampfsport, Reitsport oder andere Extremsportarten. Unter Extremsport verstehen wir z. B. Base- oder Bungee-Jumping, House-Running, Downhill/Trails-Biking oder -Skateboarden, Freeriden, Extremskifahren/-Snowboarden, Heli-Skiing, Rennrodeln)

ja ☐ nein ☐

A.3 Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt?
(z. B. als Soldat, als Polizist, bei Feuerwehreinsätzen, Flugrisiko (außer als Passagier), in einem Beruf mit Aufenthalt in Krisengebieten, als Schutz- und Sicherheitspersonal, Umgang mit explosiven, gesundheitsgefährdenden, radioaktiven Stoffen oder Strahlen, Arbeiten in größeren Höhen mit Absturzgefährdung)

ja ☐ nein ☐

A.4.1 Sind Sie Raucher/konsumieren Sie Nikotin?
Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen, das Konsumieren von Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen, den Konsum von Kau- oder Schnupftabak, Snus, Nikotinpflaster/-kaugummi und das Rauchen von Wasserpfeifen (Shisha).

ja ☐ nein ☐

A.4.2 Sind Sie Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten?
Nichtraucher ist, wer aktiv mindestens innerhalb der letzten 12 Monate kein Nikotin zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.

ja ☐ nein ☐

A.5 Wurden in den letzten 5 Jahren Invaliditätsabsicherungen (Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit und Grundfähigkeit) bei anderen Gesellschaften (hierzu zählt auch ERGO Lebensversicherung AG) zu erschwerten Bedingungen (z. B. Zuschlag, Klausel) angeboten, angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?

ja ☐ nein ☐

A.6 Sind bei anderen Gesellschaften (hierzu zählt auch ERGO Lebensversicherung AG) aktuell beantragt oder bestehen bereits Invaliditätsversicherungen (Beruf-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen) und/oder haben Sie neben der beantragten BU-Rente / dem Bruttojahresbeitrag des Gesamtvertrages mit Berufsunfähigkeits-zusatzversicherung mit Beitragsbefreiung (ohne Berufsunfähigkeitsrente) noch weitere Leistungen aus Invaliditätsabsicherungen zu erwarten? Bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe? (BU/DU/EU/GF Nichtzutreffendes streichen)

Gesellschaft: _____ BU/DU/EU/GF-Rente: _____ Euro pro Jahr

Gesellschaft: _____ BU/DU/EU/GF-Rente: _____ Euro pro Jahr

Wird die angegebene Vorversicherung im Zuge des Neuvertrages gekündigt? ja ☐ nein ☐

Bitte jeweils BU/DU/EU/GF-Rente jährlich angeben: _____

Berufsständische Versorgung: _____ Euro pro Jahr Betriebliche Altersversorgung: _____ Euro pro Jahr Beamtenversorgung: _____ Euro pro Jahr

A.7 Betragen Ihre Gesamtansprüche auf Grundfähigkeits-/Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Leistungen inklusive Bonusrente bzw. der Bruttojahresbeitrag des Gesamtvertrages mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung mit Beitragsbefreiung (ohne Berufsunfähigkeitsrente) mehr als 18.000 Euro jährlich? (Ausnahme bei dem Beruf Student)
Hierzu zählen die jetzt beantragten und sonstigen bestehenden oder aktuell beantragten Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsrenten inkl. Versorgungswerke und der Bruttojahresbeitrag des Gesamtvertrages mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung mit Beitragsbefreiung (ohne Berufsunfähigkeitsrente).
Bitte geben Sie Ihr Bruttoarbeitseinkommen / Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern an:
Bei Arbeitnehmern: Bruttoarbeitseinkommen der letzten 12 Monate (einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld) _____ Euro
Bei Selbstständigen: Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern (aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung) der letzten 3 Jahre:
20 _____ Euro 20 _____ Euro 20 _____ Euro

ja ☐ nein ☐

A.8 Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Tätigkeit:
Branche: _____ Falls selbstständig, seit wann? _____
Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 6 Monate selbstständig zu machen? ja ☐ nein ☐

A.9 Wird zu der Versicherungsanfrage/zu dem Versicherungsantrag das „Ärztliche Zeugnis“ gemäß den Untersuchungsgrenzen eingereicht?

ja ☐ nein ☐

A.10 Wenn ein ärztliches Zeugnis notwendig ist, soll Medicals Direct Deutschland GmbH durch den Versicherer beauftragt werden?
Wenn ja, bitte die Erklärung zum M-Check Druckstücknummer 50071273 direkt beifügen.

ja ☐ nein ☐

B – Allgemeine Gesundheitsfragen

B.1 Bitte nennen Sie uns Ihre Körpermaße: _____ cm _____ kg

B.2 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung anhaltende oder wiederkehrende Beschwerden bzw. Gesundheitsstörungen, auch wegen derer Sie nicht in Behandlung waren? Oder steht ein Untersuchungsergebnis aus?
(z. B. Lymphknotenschwellungen, Knoten in der Brust, Auffällige Haut-/Gewebeveränderungen, Gang-/Gleichgewichts-/Schluck-/Sehstörungen, Druck-/Engegefühl, Schmerzen im Brustraum, Herzrhythmusstörungen, Herzrasen, Empfindungsstörungen, Lähmungen, Taubheitsgefühl, Blut im Stuhl, Urin oder im Auswurf (Husten), Wiederkehrende Schmerzen ungeklärter Ursache, Kurzatmigkeit, Atemnot, Schnelles Ermüden bei körperlicher Anstrengung, Schwindel, Ohnmacht, Ungewollte Gewichtsabnahme von mehr 5 kg, Nachtschweiß, Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, ausgeprägte Tagesmüdigkeit, Angst/Panikzustände, Gefühl der Antriebslosigkeit bzw. der Hoffnungslosigkeit)

ja ☐ nein ☐

B.3 Ist ein(e) Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WdB), Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Beschädigungsfolge (GdS) beantragt oder anerkannt oder beziehen Sie eine Rente wegen Unfall?
_____ % MdE/GdS _____ GdB _____ % Berufsunfähigkeit/Invalidität _____ % WdB Unfallrente: _____

ja ☐ nein ☐

B.4 Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?

ja ☐ nein ☐

B.5 Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?
Name des Arztes _____ Fachrichtung _____ Anschrift _____

ja ☐ nein ☐

C – Weitere Gesundheitsfragen bis einschließlich Eintrittsalter 30 Jahre

C.1

Sind Sie aktuell oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten oder Therapeuten (Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Osteopathen, Heilpraktiker) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung?
Nicht anzugeben sind: Vorsorgeuntersuchungen ohne krankhaften Befund (z.B. Krebsvorsorge, gynäkologische und urologische Vorsorgeuntersuchungen), vorübergehende Atemwegsinfekte/Erkältungskrankheiten, akute Mittelohrentzündung, Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, Prellungen und einfache Frakturen ohne Gelenkbeteiligung, die folgenlos ausgeheilt sind; zahnärztliche Behandlungen; stationäre Aufenthalte/Operationen wegen Mandelentfernung, Blinddarmentfernung, einmalige Nasenpolypenentfernung, die folgenlos ausgeheilt sind; Impfungen; Einnahme von Verhütungsmitteln, Nahrungsergänzungsmitteln oder Schilddrüsenhormonpräparaten)
Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, dann müssen die Fragen C.1.1–C.1.6 auch beantwortet werden. Sonst weiter mit C.2.

ja☐nein☐

C.1.1

Besteht aktuell oder bestand während der letzten 3 Jahre eine zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 2 Wochen?

ja☐nein☐

C.1.2

Wurden Sie in den letzten 3 Jahren wegen einer Herz-Kreislaufkrankung, Nierenerkrankung, Augenerkrankung, Ohrenerkrankung oder wegen Asthma, Allergie, Schlafapnoe, Diabetes untersucht, beraten oder behandelt?
(z.B. Herz- Kreislaufkrankung: Bluthochdruck, Herzfehler (auch angeboren), Rhythmusstörungen, Herzkranzgefäßerkrankung, Aneurysma
Nierenerkrankung: eingeschränkte Nierenfunktion, Niereninsuffizienz, Zystennieren)

ja☐nein☐

C.1.3

Wurden Ihnen in den letzten 3 Jahren Medikamente verschrieben oder verabreicht, die über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen eingenommen oder angewandt wurden?
Unter Medikamenten verstehen wir: Tabletten, Kapseln, Dragees, Salben, Spritzen, Infusionen oder Sprays
Nicht anzugeben sind: Einnahme von Verhütungsmitteln, Nahrungsergänzungsmitteln, Schilddrüsenhormonpräparaten

ja☐nein☐

C.1.4

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden des Nervensystems oder des Bewegungsapparats untersucht, beraten oder behandelt?
(z.B. Bandscheibenvorfall, Rücken- und HWS-Beschwerden, Kopfschmerzen, Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Anfallsleiden bzw. Epilepsie)

ja☐nein☐

C.1.5

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer Tumorerkrankung oder Krebs untersucht, beraten oder behandelt oder fanden Tumor-/Krebs-Nachsorgeuntersuchungen statt oder steht ein Untersuchungsergebnis hierzu aus?
(z.B. Leukämie, vergrößerte Lymphknoten, Knoten in der Brust, Hautkrebs)

ja☐nein☐

C.1.6

Verwenden Sie Hilfsmittel oder wurden Ihnen solche in den letzten 5 Jahren verordnet?
(z.B. Hörgerät, CPAP-Maske, Gehhilfe, Stützstrümpfe, medizinische Einlagen, Orthesen/Schienen/Bandagen)
Nicht anzugeben sind: Sehhilfen unter 8 Dioptrien, Zahnprothesen

ja☐nein☐

C.2

Sind Sie aufgrund der Psyche in den letzten 5 Jahren von Ärzten oder Therapeuten (Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, sonstige nicht ärztliche Therapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden?
(z.B. Depressionen, Angststörung, Anpassungsstörung, psychosomatische Störung, Essstörung, Schlafstörung, Erschöpfungszustände, Burn-out, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Stress-Syndrom)

ja☐nein☐

C.3

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen Alkoholkonsum oder abhängig machenden Substanzen ärztlich beraten oder behandelt oder nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen oder Aufputschmittel?
Unter Behandlung oder Beratung von Alkoholkonsum verstehen wir auch Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen. Unter abhängig machende Substanzen verstehen wir z.B. Lachgas, Klebstoff. Unter Drogen oder Aufputschmitteln verstehen wir z.B. Cannabis/Marihuana, Kokain, Ecstasy, Heroin, LSD, Spice, Amphetamine, Fentanyl, Halluzinogene Pilze.

ja☐nein☐

C.4

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einer Klinik behandelt oder wurden Sie operiert oder ist ein Klinikaufenthalt oder eine Operation in den nächsten 12 Monaten geplant?
(Unter Klinikaufenthalt fallen: Aufenthalte im Krankenhaus, in einer Praxis-, REHA-, Kur- oder Entwöhnungsklinik, Aufenthalte wegen Strahlen- oder Chemotherapie, Suizidversuch.)
Nicht anzugeben sind: Folgenlos ausgeheilte Mandel- oder Nasenpolypen-Operation, Blinddarm-Operation, Schönheitsoperationen ohne gesundheitliche Folgen, komplikationslose Geburten/Entbindungen oder Sterilisation

ja☐nein☐

D – Weitere Gesundheitsfragen ab einem Eintrittsalter 31 Jahre

D.1

Sind Sie aktuell oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten oder Therapeuten (Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Osteopathen, Heilpraktiker) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung?
Nicht anzugeben sind: Vorsorgeuntersuchungen ohne krankhaften Befund (z.B. Krebsvorsorge, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen), vorübergehende Atemwegsinfekte/Erkältungskrankheiten, akute Mittelohrentzündung, Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, Prellungen und einfache Frakturen ohne Gelenkbeteiligung, die folgenlos ausgeheilt sind; zahnärztliche Behandlungen; stationäre Aufenthalte/Operationen wegen Mandelentfernung, Blinddarmentfernung, einmalige Nasenpolypenentfernung, die folgenlos ausgeheilt sind; Impfungen; Einnahme von Verhütungsmitteln, Nahrungsergänzungsmitteln oder Schilddrüsenhormonpräparaten)
Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, dann müssen die Fragen D.1.1–D.1.10 auch beantwortet werden. Sonst weiter mit D.2.

ja☐nein☐

D.1.1

Herz-Kreislauf oder Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Herzfehler (auch angeboren), Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, Thrombose)

ja☐nein☐

D.1.2

Atemwege (z.B. Asthma, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem)

ja☐nein☐

D.1.3

Verdaungsorgane (Leber, Gallenblase/-wege, Speiseröhre, Magen, Darm) (z.B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Zirrhose, chronische Darmentzündung)

ja☐nein☐

D.1.4

Harn- und Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata)
(z.B. eingeschränkte Nierenfunktion, auffälliger PAP-Abstrich, Zysten, erhöhter PSA-Wert, Geschlechtskrankheiten)

ja☐nein☐

D.1.5

Stoffwechsel oder Hormonhaushalt (z.B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Gicht, Entzündung der Schilddrüse, erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyceride)

ja☐nein☐

D.1.6

Blut, blutbildenden Organe oder im Rahmen von Tumorerkrankungen, Krebs
(z.B. Anämie (Blutarmut), Leukämie, Gerinnungsstörung, vergrößerte Lymphknoten, Knoten in der Brust, Hautkrebs)

ja☐nein☐

D.1.7

Gehirn, Rückenmark, Nervensystem (z.B. Entzündungen, Lähmungen, Schädel-Hirn-Trauma, Multiple Sklerose, Parkinson, Epilepsie, Anfallsleiden, Kopfschmerzen/Migräne)

ja☐nein☐

D.1.8

Wirbelsäule, Knochen und Gelenke (z.B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Morbus Bechterew, Bänderverletzung, Rheuma, Frakturen, Arthrose)

ja☐nein☐

D.1.9

Haut oder Allergien (z.B. Neurodermitis, Ekzem, Urtikaria (Nesselsucht, Quincke-Ödem), Heuschnupfen)

ja☐nein☐

D.1.10

Sinnesorgane (z.B. Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien, Netzhautablösung, Sehnerv-Entzündung, Hörminderung, Tinnitus, Gleichgewichtsstörung)

ja☐nein☐

D.2

Wurden Ihnen in den letzten 3 Jahren Medikamente verschrieben oder verabreicht, die über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen eingenommen oder angewandt wurden?
Unter Medikamenten verstehen wir: Tabletten, Kapseln, Dragees, Salben, Spritzen, Infusionen oder Sprays
Nicht anzugeben sind: Einnahme von Verhütungsmitteln, Nahrungsergänzungsmitteln, Schilddrüsenhormonpräparaten

ja☐nein☐

D.3

Sind Sie aufgrund der Psyche in den letzten 5 Jahren von Ärzten oder Therapeuten (Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, sonstige nicht ärztliche Therapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden?
(z.B. Depressionen, Angststörung, Anpassungsstörung, psychosomatische Störung, Essstörung, Schlafstörung, Erschöpfungszustände, Burn-out, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Stress-Syndrom)

ja☐nein☐

D.4

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen Alkoholkonsum oder abhängig machenden Substanzen ärztlich beraten oder behandelt oder nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen oder Aufputschmittel?
Unter Behandlung oder Beratung von Alkoholkonsum verstehen wir auch Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen. Unter abhängig machende Substanzen verstehen wir z.B. Lachgas, Klebstoff. Unter Drogen oder Aufputschmitteln verstehen wir z.B. Cannabis/Marihuana, Kokain, Ecstasy, Heroin, LSD, Spice, Amphetamine, Fentanyl, Halluzinogene Pilze.

ja☐nein☐

D.5

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einer Klinik behandelt oder wurden Sie operiert oder ist ein Klinikaufenthalt oder eine Operation in den nächsten 12 Monaten geplant?
(Unter Klinikaufenthalt fallen: Aufenthalte im Krankenhaus, in einer Praxis-, REHA-, Kur- oder Entwöhnungsklinik, Aufenthalte wegen Strahlen- oder Chemotherapie, Suizidversuch.)
Nicht anzugeben sind: Folgenlos ausgeheilte Mandel- oder Nasenpolypen-Operation, Blinddarm-Operation, Schönheitsoperationen ohne gesundheitliche Folgen, komplikationslose Geburten/Entbindungen oder Sterilisation

ja☐nein☐

E – Weitere Gesundheitsangaben

E.1

Werden noch Gesundheitsangaben nachgereicht? Wenn ja, welche:

ja☐nein☐

Weiterführende Angaben

Frage Nr.

Zu Fragen, die Sie **bejaht** haben, machen Sie bitte hier weiterführende Angaben. Bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, falls der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht ausreicht. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, teilen Sie bitte unmittelbar und unverzüglich der Gesellschaft mit.

A.1

Reiseland (ggf.Stadt)/Aufenthaltsdauer /Beginn /Aufenthaltsgrund

A.2–A.3

Art /Umfang /Häufigkeit der besonderen Gefahren? /Seit wann? /Wo?

A.5

Wann, bei welchen Gesellschaften? Versicherungssumme? Grund?

B.2/B.3

Wann und weshalb?

C.1–C.4
D.1–D.5

Wann? Was lag oder liegt vor?
Wie lange? Behandlung? Folgen?

Untersuchende /behandelnde Ärzte, Psychologen,
sonstige medizinische Berufe oder Einrichtungen?

Fachrichtung?

Anschrift?