

Anlage Nr.: .....

**Selbstauskunft wegen** (Diagnose angeben): .....

Auf welche Frage im Antrag bezieht sich diese Anlage? = Auf Frage Nr. ....

Name/Vorname der zu versichernden Person: ..... (geb: .....) .....

Antragsdatum: ..... Versicherungsart: ..... Versicherer: .....

- 
- 1) 1.1 Genaue Diagnose: .....  
Welche(s) Körperteil(e) davon betroffen? .....
- 1.2 Wieviel Arztbesuche fanden deshalb im laufenden Jahr statt ? .....  
... wieviel im letzten Jahr ? ..... wieviel im vorletzten Jahr ? .....
- 1.3 Welche Beschwerden hatten Sie damals ? .....
- 1.4 Seit wann (circa) hatten Sie diese Beschwerden ? .....
- 1.5 Von wann bis wann in ä r z t l. Behandlung / Kontrolle gewesen ? .....
- 1.6 Immer noch in ärztlicher Behandlung / Kontrolle ? .....
- 2) 2.1 War eine Krankenhausbehandlung notwendig ? ..... ambulant / stationär ? .....  
Wann war das ? ..... Dauer des KH-Aufenthaltes: .....  
Welches KH / Ort ? .....
- 2.2 War dort eine Operation erforderlich ? ..... Welcher Art ? .....
- 2.3 Welcher Operations-Erfolg ? .....
- 3) 3.1 Erhielten Sie wegen dieser Krankheit/Beschwerde Medikamente ? .....  
Welche ? / seit wann ? / Dosis ? .....
- 3.2 Nehmen Sie diese jetzt noch ? ..... Welche ? / seit wann ? / Dosis ? .....
- 3.3 Erhielten Sie Bäder ? ..... Anzahl dieses Jahr: ..... Anzahl letztes Jahr: .....
- 3.4 ... oder Massagen ? ..... Anzahl dieses Jahr: ..... Anzahl letztes Jahr: .....
- 3.5 ... oder Injektionen ? ..... Anzahl dieses Jahr: ..... Anzahl letztes Jahr: .....
- 3.6 ... oder Bestrahlungen ? ..... Anzahl dieses Jahr: ..... Anzahl letztes Jahr: .....
- 3.7 ... oder andere Behandlungen ? z.B. KrankGymn., Psychotherapie, Spiegelungen, Kur ? .....  
Anzahl dieses Jahr: ..... Anzahl letztes Jahr: ..... (evtl. ärztlichen Befund einreichen)
- 4) Sind Sie jetzt beschwerdefrei ? ..... Wenn ja: seit wann ? .....  
Wenn nein: welcher Art sind die Beschwerden ? .....
- 5) Sind weitere Behandlungsmaßnahmen / Kontrollen / Operationen angeraten ? .....  
Wenn ja: welche ? .....
- 6) Waren Sie wegen dieser Beschwerde länger als 2 Wochen arbeitsunfähig (wann? wie lange?):  
.....  
Waren Sie wegen dieser Beschwerde in Kur (wann? wie lange?): .....
- 7) Anschrift des zuletzt behandelnden Arztes : Name: ..... Ort: .....  
Straße: ..... Telefon (falls bekannt) ? .....

Ort / Datum / Unterschrift: **X**.....