

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Sonstige Erkrankungen

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Wie lautet die Diagnose bzw. wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

3. Wann wurde die Diagnose gestellt?

Monat/ Jahr _____

4. Wie äußern sich die Beschwerden?

5. Wie häufig treten die Beschwerden auf?

dauerhaft erstmalig _____
 mehrfach erstmalig _____ letztmalig _____ Häufigkeit _____
 einmalig wann _____ Dauer _____

6. Besteht aktuell Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?

ja, seit _____ (Monat/ Jahr) nein

7. Welche Untersuchungen/ Behandlungen finden/ fanden statt? (Schicken Sie uns auch gerne die Befund-/ Entlassungsberichte mit)

keine Behandlung
 Untersuchung(en): _____
Ergebnis: _____

Medikament(e), Präparatename(n): _____
Tagesdosis: _____
Einnahme dauerhaft im Zeitraum von _____ bis _____

stationäre Behandlung
 mit OP _____ Wann? _____ (Monat/ Jahr)

Kur-/ Rehaaufenthalt
 mehrfach erstmalig _____ letztmalig _____
 einmalig wann _____

