

Antwort

Absender

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

D522222

Selbstauskunft Untergewicht

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg gemessen am: _____

2. Worauf ist das Untergewicht zurückzuführen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> hormonelle Störung |
| <input type="checkbox"/> gutartige Tumore | <input type="checkbox"/> bösartige Tumore |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsunverträglichkeiten: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Essstörung, welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung, welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung, welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Magen-/ Darmerkrankung, welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | |

3. Welche Beschwerden/ Folgen bestehen oder bestanden?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Müdigkeit/ Antriebslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Nährstoffmangel | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Konzentrations- und Erinnerungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> psychosoziale Probleme |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckschwankungen | <input type="checkbox"/> Ödeme |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit (frieren) | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |

4. Wie wird/ wurde behandelt? Ist eine der genannten Behandlungen geplant oder empfohlen?

- keine Behandlung
- ärztlich begleitete Ernährungsberatung/ Ernährungstherapie
- Kuraufenthalt, wann? _____ (Monat/ Jahr)
(Bitte reichen Sie den Kurentlassungsbericht mit ein.)
- Medikamente, Präparatename(n) _____
Einnahme: von _____ (Monat/ Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr)
- Sonstige, welche? _____
Wann? _____ (Monat/ Jahr)

5. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

Hausarzt Heilpraktiker sonstige: _____

D522222

Name, vollständige Anschrift: _____

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach §19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahre
(gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)