

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Sonstige Erkrankungen

VD522203

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		Zu versichernde Person:	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	
<p>1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>8. Fand eine stationäre Behandlung statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> OP angeratenwann: _____ Art: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>	
<p>2. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>	
<p>3. Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt?</p> <p>_____ (MM/JJJJ)</p>		<p>10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____</p>	
<p>4. Welche Beschwerden treten auf?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>11. Besteht Behandlungsfreiheit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p>	
<p>5. Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?</p> <p><input type="checkbox"/> Einmalig wann: _____ Dauer: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Wiederholt wann erstmalig: _____ Letzmalig: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Häufigkeit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dauerhaft wann erstmalig: _____</p>		<p>12. Besteht Beschwerdefreiheit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p>	
<p>6. Fanden ambulante Behandlungen statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____</p>		<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
<p>7. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)</p> <p><input type="checkbox"/> Medikation: Name: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Dosierung: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Einnahme seit: _____</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft</p> <p><input type="checkbox"/> Untersuchungen:</p> <p style="padding-left: 20px;">Welche: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Ergebnis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>			

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.