

Zusatzblatt - Angaben zum Gesundheitszustand

Zu Frage:	Art der Erkrankung, Beschwerde, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Von wann bis wann?	Liegt völlige Ausheilung vor ?	Aktuelle Beschwerden?	Medikamenteneinnahme Name Medikament / Dauer der Einnahme / Häufigkeit der Einnahme / aktuell ?	Name des jeweiligen Behandlers
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name _____ Dauer von ____ bis _____ Häufigkeit _____ aktuell noch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ärztlich nicht behandelt <input type="checkbox"/> behandelt durch _____
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name _____ Dauer von ____ bis _____ Häufigkeit _____ aktuell noch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ärztlich nicht behandelt <input type="checkbox"/> behandelt durch _____
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name _____ Dauer von ____ bis _____ Häufigkeit _____ aktuell noch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ärztlich nicht behandelt <input type="checkbox"/> behandelt durch _____
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name _____ Dauer von ____ bis _____ Häufigkeit _____ aktuell noch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ärztlich nicht behandelt <input type="checkbox"/> ärztlich behandelt durch _____

Ort / Datum

Unterschrift der versicherten Person