

Fragen zur Gesundheit

In Ergänzung zum Formular «Gesundheitserklärung Kollektive Krankentaggeldversicherung».

Versicherte Person

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)
 Name des Betriebes/Arbeitgebers _____

Ergänzende Angaben zu Rubrik C

Frage Nr. (Rubrik B): _____ Bitte geben Sie die **genaue** Diagnose, die genaue Krankheit und den betroffenen Körperteil an:

Welche Seite ist betroffen? (*falls Angabe möglich*) Links Rechts
 Beginn: _____
 Ist die Krankheit vollständig/folgenlos ausgeheilt? Ja Nein
 Bestehen noch Beschwerden oder erfolgen noch Behandlungen? Ja Nein
 Falls nein: Datum der letzten Behandlung _____

Behandelnder Arzt:

Praxis/Spital _____ Name _____
 Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Frage Nr. (Rubrik B): _____ Bitte geben Sie die **genaue** Diagnose, die genaue Krankheit und den betroffenen Körperteil an:

Welche Seite ist betroffen? (*falls Angabe möglich*) Links Rechts
 Beginn: _____
 Ist die Krankheit vollständig/folgenlos ausgeheilt? Ja Nein
 Bestehen noch Beschwerden oder erfolgen noch Behandlungen? Ja Nein
 Falls nein: Datum der letzten Behandlung _____

Behandelnder Arzt:

Praxis/Spital _____ Name _____
 Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Besondere Bemerkungen:

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller(in)

Name und Unterschrift Berater(in)