

7. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

8. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

9. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben? nein ja

Falls ja, welche?

10. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x