**Zusatzblatt Gesundheitsangaben**

Bitte machen Sie hier genauere Angaben (Diagnose, Beschwerden, Häufigkeit, Behandlungsdauer, Folgen, Behandlung/Medikation, Beschwerdefreiheit) zu den im Abschnitt Gesundheitsfragen positiv beantworteten Fragen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zu**  **Frage**  **Nr.** | **Art u. Ursache d. Krankheit**  (genaue Diagnose),  **Beschwerden**  **Untersuchungen** | **Therapie, Folgen, Ergebnis** (ideal: „folgenlos verheilt“) | **Auftreten,**  **Behandlung**  (wann, wie lange?) | **Arbeitsunfähig**  (Zeitraum bzw. 0) | **Behandlungs- und beschwerdefrei seit** (Datum) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift (versicherte Person)