

Fragebogen Infektionskrankheiten

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlussklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 5 Jahren**.

Krankheiten

1. Welche Infektionskrankheiten bestehen oder bestanden bei Ihnen?

Tuberkulose

Borreliose

Stadium I (Erythema migrans) Stadium II Stadium III

Pfeiffersches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus) Gürtelrose (Herpes zoster)

Malaria

HIV-Infektion (AIDS)

Geschlechtskrankheit und zwar _____

Hepatitis

A oder E B C

andere und zwar _____

Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten? _____

Wie oft ist sie seitdem aufgetreten?

einmalig

mehrmalig

andauernd

Beschwerden

2. Sind Sie beschwerdefrei?

Ja, seit _____

Nein, folgende Beschwerden/Folgen/Einschränkungen bestehen:

**Untersuchungen/
Behandlungen**

3. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der Infektionskrankheiten erfolgt oder geplant?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Laboruntersuchung | <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung (Sonografie) |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) | <input type="checkbox"/> Kernspin (MRT) |
| <input type="checkbox"/> Gewebeentnahme (Biopsie) | <input type="checkbox"/> Operation |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ | |

Behandler

4. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte – inkl. erhobener Laborwerte – in Kopie mit ein.

Arbeitsunfähigkeiten

5. Waren Sie aufgrund der Erkrankung/Beschwerden **arbeitsunfähig**?

- Nein Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigelegt:

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigelegt wurden.

**Schlusserklärung
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

X

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)