Gothaer

FB215936

Fragebogen Verletzungen/Unfälle

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 Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren.** Hierzu zählen auch **stationäre Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren.**

Verletzungen/Vergiftungen

1. Welche Verletzungen oder Vergiftungen haben Sie erlitten?

☐ Organverletzung und zwar _____

☐ Schnittverletzung und zwar _____

☐ Bruch (Fraktur) und zwar _____

☐ Gehirnerschütterung ☐ Schleudertrauma

☐ Stromschlag ☐ Verbrennung Grad _____

☐ Alkoholvergiftung

☐ andere und zwar _____

Bei Beteiligung der Extremitäten (Arme, Beine, Füße, Hände) geben Sie bitte die betroffene Seite an:

☐ links ☐ rechts ☐ beide

Tag des Unfalls/der Vergiftung _____

Beschwerden

2. Sind Sie beschwerdefrei?

☐ Ja, seit _____

☐ Nein, folgende Beschwerden/Folgen/Einschränkungen bestehen:

_____

Untersuchungen/ Behandlungen

3. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der Verletzungen/Vergiftungen erfolgt oder geplant?

☐ Computertomographie (CT)
☐ Kernspin (MRT)
☐ Elektrokardiographie (EKG)
☐ Röntgenuntersuchung
☐ Krankengymnastik
☐ Physiotherapie
☐ Reha/Kur
☐ Laboruntersuchung
☐ Operation
☐ keine
☐ 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 Verletzungen/Vergiftungen **arbeitsunfähig**?

☐ Nein ☐ Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigefügt:

_____

_____

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

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