

Ergänzende Erklärung

- zum Krankenversicherungsantrag vom
- zur Überprüfung besonderer Vereinbarung
(Leistungsausschluss/Leistungseinschränkung/
Wagnisausgleich)

.....
Versicherungsnummer

.....
Antragsteller/VN

.....
Zu versichernde Person

ICD K64.9 Hämorrhoiden

Um welche Art der Hämorrhoiden handelt es sich?

- mind. 1 Jahr behandlungs-/beschwerdefrei Ja Nein
seit wann?
- aktuell bestehend oder noch nicht mind. 1 Jahr
behandlungs-/beschwerdefrei Ja Nein
seit wann?
- nässende Hautveränderungen oder Geschwüre Ja Nein

Anschrift des behandelnden Arztes

Teilen Sie uns bitte Name und genaue Anschrift des Arztes mit, der uns über die angegebenen Erkrankungen Auskunft erteilen kann:

Unterschrift

.....
Ort/Datum

.....
Antragsteller/Versicherungsnehmer

.....
Zu versichernde Personen ab 16 Jahren
(bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

.....
Arzt