



Selbstauskunft Allgemein

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort		

Behandelt wegen

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose ?	ICD10-Klassifikation soweit bekannt							
2. Seit wann bestehen die Beschwerden ?								
3. Welcher Art sind/waren die Beschwerden ?								
4. Welcher Arzt hat sie (früher) behandelt ?								
5. Angaben zur letzten Behandlung/Untersuchung	Durch wen?							
	Wann?							
	Art der Behandlung?							
	Welche Befunde wurden erhoben? (ggf. Befundbericht beifügen)							
6. Blutdruckwerte	Wert mmHg	Tag/Uhrzeit	Wert mmHg	Tag/Uhrzeit	Wert mmHg	Tag/Uhrzeit	Wert mmHg	Tag/Uhrzeit
7. Besteht jetzt Beschwerdefreiheit ?	<input type="checkbox"/> ja, seit		<input type="checkbox"/> nein, es bestehen folgende Beschwerden					
8. Besteht jetzt Behandlungsfreiheit ?	<input type="checkbox"/> ja, seit		<input type="checkbox"/> nein (Art der Behandlung sowie Medikation angeben)					
9. Sind weitere Maßnahmen	a) geplant?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, und zwar				
	b) angeraten?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, und zwar				
10. Welcher Arzt kann Auskunft geben ? (Name und Anschrift)								

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)