

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Versicherte Person Nr. \_\_\_\_\_ Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Zu Frage Nr.	Art der Erkrankung, Verletzung, Beschwerde; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	Von	Bis	Für die Zukunft angeraten? Ja/Nein	Name, Anschrift, Telefonnummer der Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte, Krankenhäuser bzw. wer kann Auskunft geben	Welche Folgen bestehen noch bzw. sind weitere Be-handlungen vorgesehen?

Ort, Datum	Unterschrift des/der Versicherungsnehmer(s)/in	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)