



---

Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch? .....

weiterhin erforderlich?                    nein o ja o

voraussichtlich wie lange?.....

wann? .....

welche? .....

wann? .....

welche?:.....

Ergebnis? .....

---

4.      Werden Behandlungen / Operationen                    nein o ja o      wann? .....

          voraussichtlich noch notwendig sein?                   

          Ist ein Krankenhaus- / Kur- oder                    nein o ja o      wann? .....

          Sanatoriumsaufenthalt vorgesehen oder                   

          angeraten?                   

**Bitte fügen Sie eine Kopie des Abschlussberichts bei, wenn dieser Ihnen vorliegt!**

---

5.      Besteht oder bestand eine Minderung der                    nein o ja o      o GdB / MdE: .....

          Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der                   

          Behinderung oder haben Sie einen solchen                   

          Antrag bzw. einen Rentenanspruch gestellt?                   

**Bitte fügen Sie eine Kopie des Versorgungsbescheides bei!**

o Antrag gestellt am: .....

---

6.      Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt                    nein o ja o      wenn nein, Einschränkungen: .....

          ausüben? Wenn nein, welche Einschränkungen                   

          bestehen?                   

---

7.      Sind im Rahmen Ihrer Erkrankung psychische                    nein o ja o      wenn ja, welche ?

          Störungen aufgetreten (z.B.                   

          Konzentrationsstörungen, Depressionen,                   

          Psychose, Suizidversuch)?                   

wann zuletzt ? .....

---

8.      Wurden ärztlicherseits bisher bei Ihnen                    nein o ja o      wenn ja, welche ?

          Einschränkungen bezüglich beruflicher                   

          Tauglichkeitsbestimmungen (z.B. Flugwesen,                   

          Polizeidienst, Feuerwehr, Militärdienst,                   

          Rettungsdienst, Fahrgastbeförderung (z.B. Kfz-                   

          Führung) ausgesprochen?                   

---

9.      Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie                    nein o ja o      o Hausarzt                    o Internist                    o Neurologe

          wegen Ihrer Erkrankung(en) in Behandlung?                   

o sonstige .....

Name/Anschrift des Arztes:

.....

---

10.     Weitere Angaben?                    nein o ja o      o zusätzliche Angaben sind beigefügt                    Seiten: .....

o zusätzliche Angaben werden nachgereicht

---

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person