

# Erklärung zu Rheumatischen Erkrankungen

Zuname, Vorname, Geburtsdatum der zu versichernden Person

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)

**Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben sind, jeweils nach bestem Wissen, sowohl der Antragsteller als auch die zu versichernde Person verantwortlich.**

**Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir den Vertrag aufheben (Rücktritt oder Anfechtung) und/oder die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach §19 Abs.5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“, die im Antrag enthalten ist.**

Detaillierte Angaben in Worten ersparen gegebenenfalls weitere Rückfragen! Striche sowie das Wort "entfällt" genügen nicht.

1. Wie wurde Ihre Erkrankung in der ärztlichen Diagnose bezeichnet?  akutes Gelenkrheuma  Rheumatisches Fieber  
 chronisches Gelenkrheuma  Arthritis  
 Lupus erythematodes  Arthrosen  
 Weichteilrheumatismus  Morbus Bechterew  
o .....

2. Welche Beschwerden bzw. Symptome traten/treten auf?  Gelenkschmerzen  Morgensteifigkeit  
 Gelenkveränderungen  Muskelschmerzen  
 Rheumaknoten  Hautveränderungen  
 Wirbelsäulenbeschwerden  Darmbeschwerden  
o .....

3. An welchen Gelenken bzw. Muskeln traten/treten diese Beschwerden auf?  
.....  
.....

4. Die Erkrankung trat/tritt auf:  einmalig von: ..... bis: .....  
 mehrmals erstmals von: ..... bis: ..... / zuletzt von: ..... bis:.....  
 dauernd seit: .....

5. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer Erkrankung(en) in Behandlung?  Hausarzt  Rheumatologe  sonstige .....  
Name/Anschrift des Arztes: .....  
.....

6. Die Erkrankung wurde/wird behandelt:  
keine Behandlung nein o ja o  
mit Medikamenten nein o ja o Präparatename: ..... Dosis:..... von: ..... bis: .....  
Präparatename: ..... Dosis:..... von: ..... bis: .....  
sonstige Behandlung nein o ja o welche?:..... wie oft .....von: ..... bis: .....  
welche?:..... wie oft .....von: ..... bis: .....

7. Welche Untersuchungen wurden zur Abklärung Ihrer Erkrankung durchgeführt?  Röntgen-untersuchung wann? .....  
Ergebnisse: .....  
 Computertomogramm (CT) wann? .....  
Ergebnisse: .....

o Blutuntersuchung welche? .....

wann? .....

Ergebnisse: .....

o Bestimmung der Rheumafaktoren wann? .....

Ergebnisse: .....

o sonstige welche? .....

wann? .....

Ergebnisse: .....

**Bitte fügen Sie eine Kopie der Untersuchungsergebnisse bei, wenn diese Ihnen vorliegen!**

8. Wurden Sie wegen dieser Erkrankung stationär untersucht oder behandelt, wurde eine Operation, Kur oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt oder ist eine solche angeraten?    nein o ja o    wenn ja, wann? .....

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

9. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung?    nein o ja o    wenn nein, keine Folgen/Beschwerden seit: .....

wenn ja, Art der Folgen/Beschwerden  
(bitte umschreiben Sie uns kurz das Krankheitsgeschehen, z.B. Bewegungseinschränkungen, Gelenkschwellungen, Fieberschübe, Herzbeschwerden, Atembeschwerden etc.):

.....

.....

10. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung bzw. Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als **2 Wochen** ununterbrochen arbeitsunfähig?    nein o ja o

einmalig: von: ..... bis:.....

mehrmals: von: ..... bis:.....

11. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag bzw. einen Rentenanspruch gestellt?    nein o ja o

o GdB / MdE: .....

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

o Antrag gestellt am: .....

12. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?    nein o ja o

wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?

.....

13. Haben Sie wegen Ihrer Erkrankung einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dieses ärztlicherseits angeraten?    nein o ja o

wenn ja, bitte nähere Angaben: .....

.....

14. Weitere Angaben?    nein o ja o

o zusätzliche Angaben sind beigelegt    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 \_\_\_\_\_