

Zusatzfragen Fußdeformitäten

Name: _____ Geb.-Datum: _____

zum Versicherungsantrag vom: _____

1. An welcher Fußdeformität leidet die zu versichernde Person bzw. wie lautet die ärztliche Diagnose?

2. Was ist die Ursache (angeboren, Lähmung, Unfall, andere Erkrankungen, wie z. B. Zuckerkrankheit)?

3. Seit wann besteht die Krankheit? _____

4. Welche Behandlungen werden bzw. wurden durchgeführt oder sind geplant?

5. Welche Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Füße bzw. unteren Extremitäten bestehen?

6. Benutzt die zu versichernde Person vorübergehend oder dauernd orthopädische Hilfsmittel oder Gehhilfen?

ja nein

Wenn ja, welche (z. B. orthopädische Schuhe bzw. Schienen, Einlagen, Unterarmgehstützen, Rollator, Gehbock, Stock)?

7. Wie lang ist die mögliche Gehstrecke der zu versichernden Person?

8. Besteht eine Sturz-, Schwindel oder Fallneigung?

ja nein

9. Welche Medikamente werden/wurden eingenommen?

a) Name und Dosis der Medikamente

b) Über welchen Zeitraum?

Bitte fügen Sie möglichst vorliegende ärztliche Berichte oder Krankenhausentlassungsberichte bei!

Arztanfragen werden von uns nicht gehalten.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. des Erziehungsberechtigten