Reset

MetallRente

Service-Center
MetallRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Medikamente

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. **Welche Medikamente werden eingenommen bzw. wurden verordnet?**

   _____
   _____
   _____

2. **Datum der letzten Medikamenteneinnahme:**

   _____

3. **Dauer der Medikamenteneinnahme:**

   ☐ einmalig
   ☐ wiederholt (bitte Zeitraum angeben)

   _____
   _____

4. **Häufigkeit und Dosierung:**
   (z. B. 3x täglich eine Tablette je 5mg)

   _____
   _____

5. **Aufgrund welcher Beschwerden/Symptome?**

   _____
   _____
   _____

6. **Wie lautet die ärztliche Diagnose?**

   _____
   _____

7. **Sind durch die Medikamenteneinnahme Nebenwirkungen aufgetreten?**

   ☐ ja, welche und wann?

   _____
   _____
   _____

   ☐ nein

8. **Fand in den letzten 6 Monaten eine Medikamentenänderung oder eine Dosiserhöhung statt? Oder ist diese in den nächsten 6 Monaten geplant?**

   ☐ ja, warum?

   _____
   _____
   _____

   ☐ nein

FRAGEBOGEN Medikamente
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

9. Welche Ärzte/Behandler (ambulant und stationär nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name und vollständige Adresse)

_____

_____

_____

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Versicherungsnehmer
Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich
(ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Versicherte Person
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter