

## Zusatzfragen AD(H)S

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
zum Versicherungsantrag vom: \_\_\_\_\_

1. Seit wann ist die Erkrankung bekannt? \_\_\_\_\_

2. Wie äußert sich die Erkrankung?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Welche Behandlungen werden bzw. wurden durchgeführt oder sind geplant?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Welche Medikamente werden/wurden eingenommen?  
a) Name und Dosis der Medikamente  
\_\_\_\_\_  
b) Über welchen Zeitraum?  
\_\_\_\_\_

5. Welche Förderungen hat die zu versichernde Person erhalten bzw. erhält sie  
(z. B. Förderkindergarten/Förderschule)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Welchen Schultyp in welcher Klasse besucht die zu versichernde Person bzw. welche  
Berufsausbildung macht sie/hat sie abgeschlossen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Welche Verletzungen erlitt die zu versichernde Person in den letzten 5 Jahren?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Ist die zu versichernde Person in der Lage, die Gefahrensituationen des täglichen Lebens zu erkennen und angemessen zu reagieren?

ja  nein

**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