



Zusatzfragen Multiple Sklerose (MS)

Name: _____ Geb.-Datum: _____

zum Versicherungsantrag vom: _____

1. Seit wann ist die Erkrankung bekannt? _____

2. a) Welche Behandlungen und Kontrollen werden durchgeführt?

b) Name und Dosis der Tabletten?

3. a) Sind bereits neurologische Symptome/Schübe (z. B. Sensibilitätsstörungen, Lähmungen etc.) aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, welcher Art und in welcher Intensität?

b) Wie häufig und wann zuletzt?

4. Sind neurologische Symptome dauerhaft verblieben?

ja nein

Wenn ja, welche, in welchem Umfang?

5. a) Werden Gehhilfen und/oder andere orthopädische Hilfsmittel benötigt?

ja nein

Wenn ja, welche (z. B. Unterarmgehstützen, Rollator, Gehbock, Stock)?

b) Wie lang ist die mögliche Gehstrecke (mit/ohne Gehhilfe)?

6. Welche Medikamente (auch Schmerzmittel) werden noch dauernd oder bei Bedarf eingenommen?

a) Name und Dosis der Medikamente

b) Über welchen Zeitraum?

7. Wie wirkt sich die Erkrankung auf das tägliche Leben der zu versichernden Person aus?

8. Wird für die Verrichtungen des täglichen Lebens fremde Hilfe benötigt (z. B. von Angehörigen/ Verwandten oder Pflegepersonal)?

ja nein

Wenn ja, für welche Verrichtungen?

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