

## Zusatzfragen Osteoporose/Osteopenie

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

zum Versicherungsantrag vom: \_\_\_\_\_

1. Seit wann leidet die zu versichernde Person an Osteoporose bzw. Osteopenie?

\_\_\_\_\_

2. Welche Untersuchungen (z. B. Knochendichtemessung) wurden wann mit welchem Resultat durchgeführt? Bitte Ergebnis beifügen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Welche Medikamente werden oder wurden dauernd und/oder vorübergehend wegen der Osteoporose bzw. Osteopenie eingenommen?

a) Name und Dosis der Medikamente

\_\_\_\_\_

b) Über welchen Zeitraum?

\_\_\_\_\_

5. Welche weiteren Medikamente werden eingenommen?

a) Name und Dosis der Medikamente

\_\_\_\_\_

b) Über welchen Zeitraum?

\_\_\_\_\_

6. Wurde jemals eine Behandlung mit Cortison durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja, über welchen Zeitraum und aufgrund welcher Erkrankung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. a) Hat sich die zu versichernde Person bereits Knochenbrüche zugezogen?

ja  nein

Wenn ja, wann waren welche Knochen betroffen?

---

b) Wie wurden die Knochenbrüche behandelt?

---

c) Sind Bewegungseinschränkungen in den betroffenen Extremitäten verblieben?

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