

Fragebogen Multiple Sklerose

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 5 Jahren**.

Krankheitsform

1. Welche Form der Multiplen Sklerose (MS) wurde bei Ihnen festgestellt?

- progressive/progrediente MS benigne/gutartige MS
 schubförmig remittierende MS nur Verdacht auf MS, keine gesicherte Diagnose
 nicht bekannt
 sonstige _____

Erstdiagnose/ Erkrankungsgrad

2. Welche Beschwerden bestehen/bestanden?

- Schwäche eingeschränkte Gehfähigkeit Spastik
 Schmerzen eingeschränktes Sehvermögen keine
 sonstige _____

Wann erfolgte die Erstdiagnose?

- vor weniger als einem Jahr vor 1 – 5 Jahren vor mehr als 5 Jahren

Bitte nennen Sie Ihren EDSS-Grad:

- 1.0 1.5 – 2.5 3.0 – 6.0 höher als 6.0 mir nicht bekannt

Untersuchungen/ Behandlungen

3. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der MS erfolgt oder geplant?

- Kernspin (MRT) Neurologische Untersuchung
 Nervenwasseruntersuchung/Liquoruntersuchung
 andere und zwar _____

Behandler

4. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte in Kopie mit ein.

Arbeitsunfähigkeiten

5. Waren Sie aufgrund der Beschwerden **arbeitsunfähig**?

Nein Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigelegt:

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigelegt wurden.

**Schlusserklärung
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

X

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen
zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)