

Gesundheitsangaben zum Risikovorfragebogen

Vorname, Name _____ Geb.-Datum _____

Bitte machen Sie hier detaillierte Angaben so genau wie möglich (Diagnose, Beschwerden, Häufigkeit, Behandlungsdauer, Folgen, Behandlung/Medikation, Beschwerdefreiheit) zu den im **Abschnitt Gesundheitsfragen** (ab Seite 4 im Risikovorfragebogen) positiv beantworteten Fragen. Ungefähre Datumsangaben, mit ca. gekennzeichnet, sind in der Regel ausreichend. Fügen Sie bitte ggf. auch aktuelle Atteste sowie ausführlichere Anlagen als Beiblätter an.

Gesundheitsfragen (ab Seite 4)	Art und Ursache der Krankheit (genaue Diagnose), Beschwerden, Untersuchungen	Therapie, Folgen, Ergebnis (ideal: „folgenlos verheilt“)	Auftreten, Behandlung (Wann, wie lange?)	Arbeitsunfähig (Zeitraum)	Behandlungs- und beschwerdefrei seit (Datum)	Behandelnde:r Arzt/Ärztin (Name, Fachrichtung, Anschrift)	Beiblätter (Anzahl)

Gesundheitsfragen (ab Seite 4)	Art und Ursache der Krankheit (genaue Diagnose), Beschwerden, Untersuchungen	Therapie, Folgen, Ergebnis (ideal: „folgenlos verheilt“)	Auftreten, Behandlung (Wann, wie lange?)	Arbeitsunfähig (Zeitraum)	Behandlungs- und beschwerdefrei seit (Datum)	Behandelnde:r Arzt/Ärztin (Name, Fachrichtung, Anschrift)	Beiblätter (Anzahl)

Gesundheitsfragen (ab Seite 4)	Art und Ursache der Krankheit (genaue Diagnose), Beschwerden , Untersuchungen	Therapie, Folgen, Ergebnis (ideal: „folgenlos verheilt“)	Auftreten, Behandlung (Wann, wie lange?)	Arbeitsunfähig (Zeitraum)	Behandlungs- und beschwerdefrei seit (Datum)	Behandelnde:r Arzt/Ärztin (Name, Fachrichtung, Anschrift)	Beiblätter (Anzahl)

Ort _____, Datum _____

Unterschrift