

Service-Center  
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex  
85746 Garching b. München

## FRAGEBOGEN Medikamente

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_  
Versicherte Person \_\_\_\_\_

1. Welche Medikamente werden eingenommen bzw. wurden verordnet?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Datum der letzten Medikamenteneinnahme:

\_\_\_\_\_

3. Dauer der Medikamenteneinnahme:

- ☐ einmalig  
☐ wiederholt (bitte Zeitraum angeben)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Häufigkeit und Dosierung:

(z. B. 3x täglich eine Tablette je 5mg)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Aufgrund welcher Beschwerden/Symptome?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Wie lautet die ärztliche Diagnose?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Sind durch die Medikamenteneinnahme Nebenwirkungen aufgetreten?

☐ ja, welche und wann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ nein

8. Fand in den letzten 6 Monaten eine Medikamentenänderung oder eine Dosiserhöhung statt? Oder ist diese in den nächsten 6 Monaten geplant?

☐ ja, warum?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ nein

## FRAGEBOGEN Medikamente

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_

Versicherte Person \_\_\_\_\_

**9. Welche Ärzte/Behandler (ambulant und stationär nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?**

(Name und vollständige Adresse)

---

---

---

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

**Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).**

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter