

Selbstauskunft

ALLGEMEIN

Stand 10.2015



ADVIGON

VE PNR/VSNR

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift

Behandelt wegen:

Advigon Versicherung AG

Postfach 1130, Pflugstraße 20,
LI 9490 Vaduz

1. Vollständige wissenschaftliche Diagnose, ICD10-Klassifikation	soweit bekannt					
2. Seit wann bestehen die Beschwerden?						
3. Welcher Art sind/waren die Beschwerden?						
4. Welcher Arzt hat sie (früher) behandelt?						
5. Letzte Behandlung/Untersuchung	durch wen?			wann?		
	Art der Behandlung			Welche Befunde wurden erhoben (ggf. Befundbericht beifügen)		
6. Blutdruckwerte	Wert	Tag/Uhrzeit	Wert	Tag/Uhrzeit	Wert	Tag/Uhrzeit
7. Besteht jetzt Beschwerdefreiheit?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein, es bestehen folgende Beschwerden					
8. Besteht jetzt Behandlungsfreiheit?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein – Art der Behandlung, Medikation (Art und Menge)					
9. Sind weitere Maßnahmen geplant oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein					
	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> geplant, und zwar _____ <input type="checkbox"/> angeraten, und zwar _____					
10. Welcher Arzt kann Auskunft geben?	Name, Anschrift					

Platz für weitere Hinweise: