

DMS 01046

Versicherungs-Nr. KV	Versicherungsnehmer / Versicherter (Name, Vorname)
--------------------------------	--

Antrag auf Überprüfung von vereinbarten Erschwerungen zum _____**Für**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Tarif(e)
---------------	--------------	----------

besteht zum Krankheitskomplex**zur Erkrankung** (Diagnose im Klartext mit ICD Code)

- **Behandlungsfreiheit** ☐ nein ☐ ja, seit _____ (Tag/Monat/Jahr)
- **Beschwerdefreiheit** ☐ nein ☐ ja, seit _____ (Tag/Monat/Jahr)
- **Ausheilung** ☐ nein ☐ ja, seit _____ (Tag/Monat/Jahr)

Als Behandlung gilt nicht nur die Inanspruchnahme eines Arztes oder eines anderen Heilkundigen. Auch die Einnahme von Medikamenten, das Einhalten einer Diät sowie medizinische Bäder, Massagen usw. gelten als Behandlung.

• Weitere Behandlungen und/oder Untersuchungen sind nicht angeraten/beabsichtigt

☐ trifft zu ☐ trifft nicht zu

Kontrolluntersuchungen oder Nachuntersuchungen in Folge einer Erkrankung gelten ebenfalls als Behandlungen. Diese sind nicht mit den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen gleichzusetzen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben zum Verlauf der oben genannten Erkrankung.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/
VersichertenUnterschrift der versicherten Person ab dem
vollendeten 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter

Zusätzlich zu dieser Erklärung ist ein aktuelles ärztliches/fachärztliches Attest zu der oben genannten Erkrankung erforderlich. Nutzen Sie hierzu bitte den vorbereiteten Vordruck auf der Rückseite. **Die Kosten für das Attest übernimmt die DKV nicht.**

Vordruck ärztliches Attest siehe Rückseite!

(Je Krankheitskomplex ist ein separates Formular A87 auszufüllen.)

50072716 A87 (1.18)

Seite 1 von 2

Unsere Hausanschrift: 50933 Köln · Aachener Straße 300
Telefon: 0800/3746444 (gebührenfreie Rufnummer) oder aus dem Ausland +49/221/57894005
Telefax: 01805/786000 (14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz, max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)
Internet: www.dkv.com · E-Mail: service@dkv.com · weitere Postanschrift: 10963 Berlin · Stresemannstraße 111

Unsere Bankverbindung:
UniCredit Bank · BLZ 370 200 90 · Kto.-Nr. 0 003 751 210
BIC HYVEDEMM429 · IBAN DE55 3702 0090 0003 7512 10

DKV Deutsche Krankenversicherung AG · Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender
Dr. Dr. Michael Fauser · Dr. Christoph Jurecka · Silke Lautenschläger · Dr. Sebastian Rapsch · Stephan Schinnenburg · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570, USt-IdNr.: DE123489120

Versicherungs-Nr. KV

Aktuelles ärztliches/fachärztliches Attest

Das Attest darf nicht durch Ehepartner, Eltern, Geschwister, Kinder oder Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz) der versicherten Person erstellt werden. Es erfolgt keine Kostenerstattung durch die DKV.

Personalien der versicherten Person:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Erkrankung / relevante Diagnose (Klartext mit ICD10-Code)	

- Datum der ärztlichen Untersuchung _____ (Tag/Monat/Jahr)
(Die Untersuchung darf nicht länger als 3 Monate zurückliegen)
- Größe _____ cm Gewicht _____ kg BMI _____
Blutdruck in Ruhe systolisch _____ diastolisch _____ im Normbereich ☐ ja ☐ nein
- Liegt für die o.g. Diagnose Behandlungs- und Beschwerdefreiheit vor und gilt diese Erkrankung als ausgeheilt?
 - Behandlungsfrei?
 - ☐ Ja, seit _____ (Tag/Monat/Jahr)
 - ☐ Nein, folgende Behandlungen sind angeraten oder finden aktuell statt:
 - ☐ Medikamente ☐ Hilfsmittel ☐ Operation ☐ physikalische Therapie ☐ Psychotherapie
 - ☐ Desensibilisierung ☐ sonstiges: _____
 - Beschwerdefrei?
 - ☐ Ja, seit _____ (Tag/Monat/Jahr)
 - ☐ Nein, folgende Beschwerden bestehen: _____
 - Ausgeheilt?
 - ☐ Ja, seit _____ (Tag/Monat/Jahr)
 - ☐ Nein, die Erkrankung besteht weiterhin.
 - ☐ Nein, eine Ausheilung ist nicht möglich. Es handelt sich um eine dauerhafte Gesundheitsveränderung.
- Sind weitere Kontroll- bzw. Nachuntersuchungen aufgrund der o.g. Diagnose erforderlich?
 - ☐ Ja, diese sind _____ (monatlich/vierteljährlich/halbjährlich/jährlich) angeraten.
 - ☐ Nein, es sind keine Kontroll- bzw. Nachuntersuchungen vorgesehen.
- Welche Diagnosen wurden im Zusammenhang mit der o.g. Diagnose noch festgestellt und sind als **Folgeerkrankung** anzusehen? Bitte geben Sie die Behandlungsdaten mit an.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes
(Bitte Korrekturen gesondert abzeichnen und gegenstempeln)