

Internationales Gesundheitsmanagement

Schilderung von Erkrankungen

Interessent / Interessentin

Versicherte Person: _____

Name des Arztes/ der Ärztin: _____

Anschrift des Arztes/ der Ärztin: _____

Krankheitsschilderung

Erkrankung: _____

Behandlungsdatum
und -dauer: _____

Behandlungs-
schilderung: _____

Gegenwärtiger
Gesundheitszustand: _____

Erklärung

Hiermit bevollmächtige ich den o.a. Arzt, dem Bundesverband zur Unternehmens-Förderung e.V. und den beteiligten Versicherern, die notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen.

(Ort, Datum)

(Versicherte Person)