GOLDEN CARE®

Ihr weltweiter Partner für die Gesundheit

GESUNDHEITSERKLÄRUNG

Dieses Dokument bezieht sich auf den Gesundheitsfragebogen Ihres Antrages. Diese vertraulichen Angaben werden von unserem Vertrauensarzt überprüft.

Antragsnummer :		**Name :**		**Vorname :**		**Geburtsdatum :**	

Frage Nr.	**Datum des Ereignisses**	**Diagnose**	**Behandlungen**	**Momentaner Zustand**	**Vorgesehene Behandlungen**

Unterschrift: _____ Ort: _____ Datum:_____/_____/_____