

Adresse der Referenz

---

---

---

---

Ort und Datum: .....

Sehr

Unsere Ärzte der Medizinischen Kommission ersuchen Sie höflich um Auskunft über den Gesundheitszustand von Herrn

|            |                 |
|------------|-----------------|
| <i>Dr.</i> | <i>geb. am:</i> |
|------------|-----------------|

Der Antragsteller will unserer Kasse beitreten und hat Sie als Referenz bezeichnet.

|  |
|--|
| <p>1. Wie lange kennen Sie den Antragsteller ? _____</p> <p>2. Sind Ihnen Gesundheitsstörungen und/oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen bekannt?<br/>_____</p> <p>3. Wenn ja, welche Art von Gesundheitsstörungen (Befunde, Diagnosen, Datum, Dauer)?<br/>_____<br/>_____<br/>_____</p> <p>4. Sind in Bezug auf die Lebensweise nachteilige Einflüsse auf die Gesundheit zu befürchten (z.B. Substanzmissbrauch, psychosoziale Belastungen und/oder andere Risiken) ?<br/>_____</p> <p>5. Beantragen Sie eine persönliche Untersuchung und Begutachtung des Antragstellers durch einen speziellen Vertrauensarzt ?<br/>_____</p> <p>6. Bemerkungen : _____<br/>_____</p> |
|--|

Der Unterzeichnende bezeugt hiermit, die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen und ohne irgendwelche Rücksicht auf die in Frage stehende Person beantwortet zu haben.

Ort und Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_

Mit der Unterzeichnung des Antrages ermächtigt der Antragsteller die Genossenschaft, Auskünfte über seinen Gesundheitszustand einzuholen. ( Art. 2, Absatz 1 der Allgemeinen Bedingungen).

Das Formular kann im Internet unter: [www.saekk.ch](http://www.saekk.ch) heruntergeladen und ausgedruckt werden.