

Antragsteller

Name, Vorname _____

Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname _____

KRANKHEITEN

Bestehen oder bestanden bei Ihnen Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brustentzündung | <input type="checkbox"/> Abweichungen der normalen Regelblutung |
| <input type="checkbox"/> Gutartige Brusttumore | <input type="checkbox"/> Fehlbildungen der Geschlechtsorgane |
| <input type="checkbox"/> Blutkrebs | <input type="checkbox"/> Veränderungen der Zellen am Muttermund |
| <input type="checkbox"/> Senkung der Gebärmutter | <input type="checkbox"/> Entzündungen der Eileiter und Eierstöcke |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Endometriose |
| <input type="checkbox"/> Krebs am Muttermund | <input type="checkbox"/> Gutartige Geschwülste der Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> Feigwarzen/Kondylome | <input type="checkbox"/> Sexuell übertragbare Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen) | |
| <input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte Erkrankung der Geschlechtsorgane | |

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung

Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen für jede Erkrankung getrennt beantworten.

Genauere medizinische Diagnose _____

Beginn (MM/JJ) _____ Ende (MM/JJ) _____

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? _____

Bestehen Folgen der Erkrankung? Nein Ja, welche? _____

Genauere medizinische Diagnose _____

Beginn (MM/JJ) _____ Ende (MM/JJ) _____

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? _____

Bestehen Folgen der Erkrankung? Nein Ja, welche? _____

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein!

Ist bei Ihnen eine Veränderung der Schleimhaut am Muttermund oder ein entsprechender Verdacht im Zellabstrich bekannt (sog. PAP-Abstrich)? Nein Ja

Ist eine kurzfristige Nachuntersuchung des Zellabstrichs am Muttermund geplant? Nein Ja

Wenn Ja, wann _____

Vorsorgeuntersuchung Frauenarzt, Zellabstrich Gebärmutterhals:

Datum (MM/JJ) _____ PAP Stadium _____ (ggf. Befund beifügen)

Ist bei Ihnen eine Infektion mit HPV bekannt? Nein Ja

Können Sie Angaben zum Verlauf und Befund machen? _____

BLUT- UND LABORWERTE

Sind Ihnen abweichende Blut- oder Laborwerte bekannt? Nein Ja, welche (ggf. Fotokopie beifügen)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt

Ist bei Ihnen ein HIV-Test erfolgt?

Nein Ja (ggf. Fotokopie beifügen)

Wenn Ja, Ergebnis Negativ Positiv Datum (MM/JJ) _____

UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

Wann erfolgten bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Behandlungen, bzw. wann sind diese geplant?

- Ultraschalluntersuchungen Mammographie Untersuchung des Enddarms
 Computertomographie (CT) Röntgenuntersuchungen Nuklearmedizinische Untersuchungen (Szintigraphie)
 Gewebeentnahme (Biopsie) Ausschabung der Gebärmutter
 Operation (Welche?) _____
 Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden _____

Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt	Befund/Maßnahme

Welche Medikamente (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt etc.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM/JJ) _____ ggf. Einnahme Ende (MM/JJ) _____ Dosis _____

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM/JJ) _____ ggf. Einnahme Ende (MM/JJ) _____ Dosis _____

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen arbeitsunfähig? Nein Ja

Wenn **Ja**, wann _____

Diagnose _____

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine Notarztbehandlung? Nein Ja

Wenn **Ja**, wann _____

Grund _____

KRANKENHAUSAUFENTHALTE, REHAS UND KUREN

Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren! Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen in den letzten 10 Jahren eine stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Wenn **Ja**, wann _____

Diagnose _____

Wenn **Ja**, wann _____

Diagnose _____

BEHANDELNDE ÄRZTE

Von welchem Arzt oder Krankenhaus wurden Sie wegen Ihrer angegebenen Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name, Anschrift _____

Zeitpunkt/-raum _____

Art der Untersuchung _____

ZUSÄTZLICHE ANGABEN

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten).

Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Es folgen noch Angaben

Zusätzliche Angaben sind beigefügt

Anzahl Extrablätter _____

Ich erkläre, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe, die die Beurteilung oder Annahme dieses Antrages beeinflussen können. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages ist und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person