

Antragsteller

Name, Vorname _____

Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname _____

KRANKHEITEN

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

- Tumore/Krebs:
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> der Haut | <input type="checkbox"/> der Speiseröhre/Magen/Darm | <input type="checkbox"/> der Nieren |
| <input type="checkbox"/> des Gehirns | <input type="checkbox"/> des Dickdarms/Enddarms | <input type="checkbox"/> der Prostata |
| <input type="checkbox"/> der HNO-Organe | <input type="checkbox"/> der Leber- und Gallenwege | <input type="checkbox"/> des Gebärmutterhalses |
| <input type="checkbox"/> der Lungen | <input type="checkbox"/> der Knochen/Muskeln/Bindegewebe | <input type="checkbox"/> der Eierstöcke |
| <input type="checkbox"/> der Brust | <input type="checkbox"/> der Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> des Blutes (Leukämie) |
| <input type="checkbox"/> der Lymphknoten | | |
| <input type="checkbox"/> Muttermale/Melanom | <input type="checkbox"/> Non-Hodgkin-Lymphom | <input type="checkbox"/> Hodgkin-Lymphom |
- Blutkrankheiten:
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Blutbildstörungen | <input type="checkbox"/> Erhöhte Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung |
- Andere hier nicht genannte Erkrankungen

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!

MUTTERMALE

Wann sind die Muttermale erstmals aufgetreten oder aufgefallen? Datum (MM/JJ) _____

Gab es Operationen/Entfernungen? Nein Ja, Datum (MM/JJ) _____

Welche Operationen/Entfernungen? _____

Bitte beschreiben Sie die Zahl/Umfang der vorhandenen, unter ärztlicher Beobachtung stehenden Muttermale und deren Lage (Körperseite, Gliedmaßen, etc.)

Wurde bei den Muttermalen eine Krebserkrankung sicher ausgeschlossen? Nein Ja

BLUT- UND LABORWERTE

Sind Ihnen Veränderungen der Werte des Blutbildes bekannt? Nein Ja, welche (ggf. Fotokopie beifügen)

Art des Wertes	Erhöhung/Erniedrigung, Befund	Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt
Rote Blutkörperchen (Erythrozyten)		
Weißer Blutkörperchen (Leukozyten)		
Blutplättchen (Thrombozyten)		

Sind Ihnen abweichende Blut- oder Laborwerte (auch Werte für Viren etc.) bekannt?

Nein Ja (ggf. Fotokopie beifügen)

BRUSTKREBS

Falls bei Ihnen Brustkrebs diagnostiziert wurde, machen Sie bitte Angaben zu bestimmten Hormonrezeptoren und HER2/neu:

- Positiv bestimmte Östrogen-Rezeptoren
- Negativ bestimmte Östrogen-Rezeptoren
- Positiv bestimmte Progesteron-Rezeptoren
- Negativ bestimmte Progesteron-Rezeptoren
- HER2/neu vorhanden
- HER2/neu fehlt

LYMPHKNOTENSCHWELLUNGEN

Sind bei Ihnen gutartige, nicht krebsbedingte Lymphknotenschwellungen aufgetreten? Nein Ja
Wo sind diese aufgetreten/Körperregion?

Körperregion	Datum (MM/JJ)

Ist bei Ihnen ein HIV-Test erfolgt?

Nein Ja (ggf. Fotokopie beifügen)

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

THROMBOSE

Erfolgte bei Ihnen eine Untersuchung zur Abklärung der Ursache einer abgelaufenen Thrombose?

Nein Ja

Eine solche spezielle Untersuchung erfolgte als

Untersuchung spezieller Blutwerte Genetische Untersuchung (Gentest)

Andere _____

UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

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

- Blutuntersuchung Röntgenuntersuchung Ultraschalluntersuchung
 Darmspiegelung (Coloskopie) Untersuchung des Enddarms Kernspin (MRT)
 Magenspiegelung (Gastroskopie) Gewebeentnahme (Biopsie) Computertomographie (CT)
 Chemotherapie Bestrahlung
 Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie)
 Endoskopische Untersuchung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse
 Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)
 Operation (Welche?) _____
 Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden _____

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

MEDIKAMENTE

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