

## Antragsteller

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## KRANKHEITEN

### Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine oder mehrere dieser Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit  | <input type="checkbox"/> Schielen oder Schielschwachsichtigkeit | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)           |
| <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit  | <input type="checkbox"/> Regenbogenhautentzündung (Iritis)      | <input type="checkbox"/> Grauer Star (Katarakt)          |
| <input type="checkbox"/> Tumore der Augen   | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung bei Zuckerkrankheit    | <input type="checkbox"/> Stabsichtigkeit (Astigmatismus) |
| <input type="checkbox"/> Augenverletzung  | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung bei Bluthochdruck      | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Pupille          |
| <input type="checkbox"/> Erhöhter Augeninnendruck (Okuläre Hypertension)                                  |   | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Netzhaut         |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen) |   |  |
| <input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte Augenerkrankung                                       |   |  |

### 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!

## BRILLE/KONTAKTLINSEN

**Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?** Bitte machen Sie Angaben zu den Gründen!

- Kurzsichtigkeit   
  Weitsichtigkeit   
  Stabsichtigkeit (Astigmatismus)   
  Alterssichtigkeit (reine Lesebrille)
- Andere Ursachen \_\_\_\_\_

Machen Sie bitte Angaben zur Stärke Ihrer Brille/Kontaktlinsen und tragen Sie bitte die Angaben aus dem Brillenpass ein!  
(Fotokopien ggf. beifügen)

	Sph.	Zyl.	Achse	Add.	Pris.	Bas.
Rechts						
Links						

**Können Sie Angaben zur Sehschärfe Ihrer Augen machen?**

- Sehschärfe ist normal
- Sehschärfe ist herabgesetzt   
  links   
  rechts   
  beidseitig
- Sehschärfe ist mir nicht bekannt

Bei einer herabgesetzten Sehschärfe der Augen machen Sie bitte weitere Angaben dazu!

## 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

## AUGENOPERATION

**Sind bei Ihnen Augenoperationen erfolgt bzw. sind diese geplant?**   
 Nein   
 Ja

- LASIK Operation                     
 Laserbehandlung der Netzhaut                     
 Implantation einer Kunstlinse
- Operation bei grünem Star (bitte die Art der Operation angeben)
- Operation bei grauem Star (bitte die Art der Operation angeben)
- Sonstige Augenoperation (bitte die Art der Operation angeben)

Art der Behandlung/Operation	Auge links/Auge rechts	Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt

## UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Behandlungen bzw. sind diese geplant?** Bitte machen Sie Angaben zu Datum und Befund/Maßnahmen.

- Spiegelung Augenhintergrund \_\_\_\_\_
- Messung Augeninnendruck \_\_\_\_\_
- Sonstige Spezialuntersuchung beim Augenarzt \_\_\_\_\_
- Computertomographie (CT) \_\_\_\_\_
- Kernspin (MRT) \_\_\_\_\_
- Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden \_\_\_\_\_

**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 beigelegt

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