

## 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