

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"/> Ohrenentzündung | <input type="checkbox"/> Vermehrte Ohrschmalzbildung/Ohrpfropfbildung | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Otitis media | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Rhinitis |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Entzündung der Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung |
| <input type="checkbox"/> Defekt im Trommelfell | <input type="checkbox"/> Nasenscheidewandverkrümmung | <input type="checkbox"/> Otosklerose |
| <input type="checkbox"/> Hörsturz | <input type="checkbox"/> Morbus Menière | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nasenmuscheln | <input type="checkbox"/> Tubenbelüftungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen) | | |
| <input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte HNO-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!

ALLERGIEN

Welche allergischen Beschwerden sind aufgetreten?

- Wiederkehrende Bronchitis An den oberen Atemwegen (Nase, Nebenhöhlen) An den Augen
 Asthmatische Beschwerden An den unteren Atemwegen (Luftröhre, Bronchien) An der Haut
 An sonstigen Organen _____

Wie lange bzw. in welchen Monaten des Jahres dauerten die Beschwerden an?

- Ganzjährig Zeitweilig, in den folgenden Monaten _____

Erfolgte ein Allergietest? Nein Ja

Welche Allergien wurden festgestellt? _____

Datum (MM/JJ) _____

Haben Sie einen Allergiepass? Nein Ja

Erfolgte eine Hypersensibilisierung? Nein Ja

Gegen welche Stoffe/Allergien? _____

Datum (MM/JJ) _____

BLUT- UND LABORWERTE

Sind Ihnen abweichende Blut- oder Laborwerte (Leberwerte, Hepatitisviren, usw.) bekannt?

- Nein Ja, welche (ggf. Fotokopie beifügen)

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

UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

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

- HNO Untersuchung des Facharztes Röntgenuntersuchungen Gewebeentnahme (Biopsie)
 Ultraschalluntersuchung Computertomographie (CT) Kernspin (MRT)
 Tonaudiometrie Laboruntersuchung
 Erweitertes Audiogramm oder Sprachaudiometrie
 Endoskopische Untersuchung der Nase und Nebenhöhlen
 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