

## 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:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Positiv bestimmte Östrogen-Rezeptoren    | <input type="checkbox"/> Negativ bestimmte Progesteron-Rezeptoren |
| <input type="checkbox"/> Negativ bestimmte Östrogen-Rezeptoren    | <input type="checkbox"/> HER2/neu vorhanden                       |
| <input type="checkbox"/> Positiv bestimmte Progesteron-Rezeptoren | <input type="checkbox"/> 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