

Fragebogen Augenkrankheiten

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

Krankheiten

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- Kurzsichtigkeit Schielen oder Schielschwachsichtigkeit Grüner Star (Glaukom)
 Weitsichtigkeit Regenbogenhautentzündung (Iritis) Grauer Star (Katarakt)
 Tumore der Augen Augenerkrankung bei Zuckerkrankheit Stabsichtigkeit (Astigmatismus)
 Augenverletzung Augenerkrankung bei Bluthochdruck Erkrankung der Pupille
 erhöhter Augeninnendruck (okuläre Hypertension) Erkrankung der Netzhaut
 Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen)
 andere hier nicht genannte Augenerkrankung (bitte diese hier angeben)

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten**.

Genauere medizinische Diagnose _____

Beginn
(MM.JJJJ)

ggf. Ende
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden
und welcher Art?

Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja Welche? _____

Genauere medizinische Diagnose

Beginn (MM.JJJJ)	ggf. Ende (MM.JJJJ)	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!

- Weitsichtigkeit Kurzsichtigkeit Stabsichtigkeit (Astigmatismus)
- Alterssichtigkeit (reine Lesebrille)
- andere Ursachen (bitte angeben) _____

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?

- die Sehschärfe ist normal
- die Sehschärfe ist herabgesetzt rechts links beidseitig
- die Sehschärfe meiner Augen 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 (Fotokopie ggf. beifügen)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM.JJJJ) (ggf. ungefährer 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	linkes/rechtes Auge	Datum (MM.JJJJ) (ggf. ungefährer Zeitpunkt)
_____	_____	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
_____	_____	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
_____	_____	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

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 und Anschrift

Zeitpunkt/Zeitraum welche 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 _____

Schlusserklärung und Unterschrift

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)