

Fragebogen Geschlechtsorgane weiblich

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

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?**

- | | |
|--|---|
| ☐ Brustentzündung | ☐ Abweichungen der normalen Regelblutung |
| ☐ gutartige Brusttumore | ☐ Fehlbildungen der Geschlechtsorgane |
| ☐ Blutkrebs | ☐ Veränderungen der Zellen am Muttermund |
| ☐ Senkung der Gebärmutter | ☐ Entzündungen der Eileiter und Eierstöcke |
| ☐ Harninkontinenz | ☐ Endometriose |
| ☐ Krebs am Muttermund | ☐ gutartige Geschwülste der Gebärmutter |
| ☐ Feigwarzen / Kondylome | ☐ sexuell übertragbare Infektionskrankheiten |
| ☐ Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore / Blutkrankheiten ausfüllen) | |
| ☐ andere hier nicht genannte Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane (bitte diese hier angeben) | |

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

Genaue medizinische Diagnose _____

Beginn
(MM.JJJJ)

ggf. Ende
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art?

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

Genaue 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.**Ist bei Ihnen eine Veränderung der Schleimhaut am Muttermund oder
ein entsprechender Verdacht im Zellabstrich bekannt (sog. PAP-Abstrich)? ☐ nein ☐ jaIst eine kurzfristige Nachuntersuchung des Zellabstrichs am Muttermund
geplant? ☐ nein ☐ ja Wann? **Datum** (MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

Vorsorgeuntersuchung Frauenarzt; Zellabstrich Gebärmutterhals

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

PAP Stadium _____ (ggf. Befund beifügen)

Ist bei Ihnen eine Infektion mit dem HPV Virus bekannt? ☐ nein ☐ ja

Können Sie Angaben zum Verlauf und Befund machen?

Blut- und LaborwerteSind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt? ☐ nein ☐ ja (Fotokopie ggf. beifügen)**Art des Wertes****Wert****Datum** (MM.JJJJ)

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Ist bei Ihnen ein **HIV-Test** erfolgt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, Ergebnis

☐ negativ☐ positiv**Datum** (MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

(Fotokopie ggf. beifügen)

**Untersuchungen/
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

1. Ultraschalluntersuchungen
2. Untersuchung des Enddarms
3. Röntgenuntersuchungen
4. andere Untersuchungs- oder
Behandlungsmethoden
(bitte diese hier angeben)

5. Mammographie
6. Computertomographie (CT)
7. Nuklearmedizinische Untersuchung
(Szintigraphie)
8. Gewebeentnahme (Biopsie)
9. Ausschabung der Gebärmutter
10. Operation

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--

Befund/Maßnahme

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--

Befund/Maßnahme

Medikamente

Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn
(MM.JJJJ)

ggf. Einnahme Ende
(MM.JJJJ)

Dosis _____

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn
(MM.JJJJ)

ggf. Einnahme Ende
(MM.JJJJ)

Dosis _____

Arbeitsunfähig

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? ☐ nein ☐ ja

Diagnose _____

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____

Notarztbehandlung

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**?

☐ nein ☐ ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben

Grund _____

Krankenhausbehandlungen, 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.

Diagnose _____

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Diagnose _____

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) _____