



**Genauere medizinische Diagnose** \_\_\_\_\_

<b>Beginn</b> (MM.JJJJ)	<b>ggf. Ende</b> (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.**

**Muttermale**

Wann sind die **Muttermale** erstmals aufgetreten oder aufgefallen? \_\_\_\_\_

Gab es **Operationen/Entfernungen**?  nein  ja **Datum** (MM.JJJJ) \_\_\_\_\_

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 (ggf. Fotokopie beifügen)

<b>Art des Wertes</b>	<b>Erhöhung/Erniedrigung Befund</b>	<b>Datum</b> (MM.JJJJ)
rote Blutkörperchen (Erythrozyten)	_____	_____
weiße Blutkörperchen (Leukozyten)	_____	_____
Blutplättchen (Thrombozyten)	_____	_____
andere _____	_____	_____

Sind Ihnen abweichende Blut- oder Laborwerte (auch Werte für Viren usw.) bekannt?  
 nein  ja (ggf. Fotokopie beifügen)

<b>Art des Wertes</b>	<b>Wert</b>	<b>Datum</b> (MM.JJJJ)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Brustkrebs**

Falls bei Ihnen **Brustkrebs** diagnostiziert wurde, machen Sie bitte Angaben zu bestimmten **Hormonrezeptoren und HER 2/ neu Überexpression:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> positiv bestimmte Östrogen-Rezeptoren    | <input type="checkbox"/> negativ bestimmte Progesteron-Rezeptoren |
| <input type="checkbox"/> negativ bestimmte Östrogen-Rezeptoren    | <input type="checkbox"/> HER 2/neu Überexpression vorhanden       |
| <input type="checkbox"/> positiv bestimmte Progesteron-Rezeptoren | <input type="checkbox"/> HER 2/neu Überexpression fehlt           |

**Lymphknoten-  
schwellungen**

Sind bei Ihnen gutartige, nicht krebsbedingte **Lymphknotenschwellungen** aufgetreten?  nein  ja  
 Wann bzw. in welchen Zeiträumen? Wo sind diese aufgetreten (welche Körperregion)?

---



---

Ist bei Ihnen ein **HIV-Test** erfolgt?  nein  ja **Datum (MM.JJJJ)**

Wenn ja, Ergebnis:  negativ  positiv  
 (Fotokopie ggf. beifügen)

**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. sind diese geplant?

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1. Blutuntersuchung   | 8. Röntgenuntersuchung        |
| 2. Ultraschalluntersuchung  | 9. Computertomographie        |
| 3. Magenspiegelung (Gastroskopie)   | 10. Kernspin (MRT)            |
| 4. Darmspiegelung (Coloskopie)  | 11. Untersuchung des Enddarms |
| 5. Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie)                               | 12. Gewebeentnahme (Biopsie)  |
| 6. Endoskopische Untersuchung der Gallenwege und<br>Bauchspeicheldrüse        | 13. Operation                 |
| 7. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)                           | 14. Bestrahlung               |
| 15. Chemotherapie   |                               |
| 16. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben) |                               |

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

---

     
**Befund/Maßnahme**


---

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

---

     
**Befund/Maßnahme**


---

**Medikamente**

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

**Name des Medikaments** \_\_\_\_\_

**Einnahme Beginn** **ggf. Einnahme Ende** **Dosis**  
 MM.JJJJ MM.JJJJ

     
     


---

**Name des Medikaments** \_\_\_\_\_

**Einnahme Beginn** **ggf. Einnahme Ende** **Dosis**  
 MM.JJJJ MM.JJJJ

     
     


---

**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 beigefügt****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)