

ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG
Erkrankungen der Nieren- und Harnwege

Zu versichernde Person	Geburtsdatum
Beruf	
Antrag Nr.	

Wir bitten um detaillierte Angaben!
Jede Frage einzeln mit Worten beantworten, nicht mit Strichen oder sonstigen Zeichen.

1. Wie äußerte sich die Erkrankung?

(z.B. Koliken, Nieren-/Blasenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, hoher Blutdruck, Gesichtsschwellungen, geschwollene Beine)

2. Wann traten die Beschwerden auf? (Monat/Jahr)

Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung? (Monat/Jahr)
(Bitte Name und Anschrift der Ärzte angeben)

Haben Sie jetzt noch Krankheitserscheinungen? ja nein
Wenn ja, welche?

3. Wie wird/wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?

(z.B. Krebs, Nieren- oder Nierenbeckenentzündung, Nierenfehlbildung, Nierenversagen, Blasenentzündung, Steinerkrankung, Prostataerkrankung)
(Bitte geben Sie uns, wenn möglich, nähere Auskunft)

4. Ist Ihnen die Ursache der Erkrankung bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

5. Mit welchen Medikamenten wurden Sie behandelt?

(Bitte jeweils die Dosis angeben)

Welche Medikamente werden weiterhin verordnet?

(Bitte jeweils die Dosis angeben)

6. Wurden andere therapeutische Maßnahmen durchgeführt/empfohlen? ja nein

Wenn ja, welche?

7. Welche speziellen Untersuchungen oder Krankenhausbehandlungen wurden durchgeführt? (z.B. Röntgen, EKG, Labor, Computertomogramm)		
Untersuchung/Behandlung mit Datum (Monat/Jahr)	Arzt-/Krankenhausanschrift	Ergebnis der Untersuchung/Behandlung
8. Sind Sie operiert worden? Wann? (Monat/Jahr)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Welcher Art war die Operation? (Bitte Anschrift des Krankenhauses angeben)		
Sind weitere Operationen vorgesehen/angeraten? Wenn ja, welcher Art und zu welchem Zeitpunkt? (Monat/Jahr)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
9. Falls Sie nur noch eine Niere haben:		
Ist Ihre Einzelniere voll funktionsfähig?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
10. Lag Bösartigkeit vor? Wenn ja, wann wurde die letzte Nachsorgeuntersuchung durchgeführt und mit welchem Ergebnis? (Monat/Jahr)		
11. Wurde eine Chemotherapie oder Strahlenbehandlung durchgeführt? Wenn ja, von wann bis wann? (Monat/Jahr) (Bitte die Anschrift des Krankenhauses angeben)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
12. Hatten Sie eine Kurbehandlung? Wenn ja, welcher Grund lag für die Kur vor?		
Von wann bis wann wurde die Kur durchgeführt? (Monat/Jahr)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
13. Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor? Wenn ja, überlassen Sie uns diese bitte zur kurzfristigen Einsichtnahme.		
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, daß der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.

Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden/mitzuversichernden Person

Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter