

Fragebogen Frauenkrankheiten

(09/98)

Zuname, Vorname, Geburtsdatum der zu versichernden Person

Straße, Wohnort

Datum der Antragstellung

Antrag-Nr.

Abteilung

Für die Beurteilung Ihrer Angaben in der Gesundheitserklärung des Antrags benötigen wir noch nähere Einzelheiten. Bitte beantworten Sie uns dazu die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig, damit wir die Bearbeitung Ihres Antrags zügig und unbürokratisch abschließen können. Die im Antrag abgegebenen Erklärungen gelten gleichermaßen auch für die hier gemachten Angaben.

1. Wie lautete die Diagnose des Arztes genau?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mastopathie
<input type="checkbox"/> Knoten im Brustgewebe
<input type="checkbox"/> bösartiger Brusttumor
<input type="checkbox"/> Gebärmutterentzündung
<input type="checkbox"/> Schleimhautwucherung (Endometriose)
<input type="checkbox"/> Gebärmuttermyom (Uterusmyom) | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Scheide
<input type="checkbox"/> Eierstockentzündung
<input type="checkbox"/> Eierstockzyste (Ovarialzyste)
<input type="checkbox"/> Menstruationsstörung
<input type="checkbox"/> Unterleibskrebs
<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit |
|---|---|

Oder: _____

2. Welche der nachstehenden Beschwerden bzw. Symptome traten auf?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eigener Tastbefund der Brust
<input type="checkbox"/> Brustschmerzen
<input type="checkbox"/> Schmerzen im Unterbauch
<input type="checkbox"/> Druckgefühl im Unterbauch
<input type="checkbox"/> Schwellungen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Ausfluß
<input type="checkbox"/> azyklische Blutungen
<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> _____ |
|---|--|

3. Wann traten diese Beschwerden erstmals auf? _____

4. Welche Untersuchungen erfolgten in diesem Zusammenhang?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung
<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung
<input type="checkbox"/> Schichtaufnahmen (Computertomogramm/CT)
<input type="checkbox"/> Spiegelung
<input type="checkbox"/> Mammographie
<input type="checkbox"/> Thermographie
<input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Sonographie
<input type="checkbox"/> Entnahme von Gewebeproben
<input type="checkbox"/> Zellabstrich
<input type="checkbox"/> Punktion
<input type="checkbox"/> Darmuntersuchung
<input type="checkbox"/> Nierenuntersuchung |
|---|--|

5. Wurde Bösartigkeit mit Sicherheit ausgeschlossen?

 ja nein

6. Welche der nachstehenden Behandlungen erfolgten?

- Medikamente
 Entfernung von Knoten
 Operation welche? _____
 Bestrahlung von: _____ bis: _____
 Chemotherapie von: _____ bis: _____
- Amputation
 Ausschabung

Nach Brustoperation: erfolgte oder erfolgt noch eine Versorgung mit Implantaten? nein

ja welche? _____

7. Mit welchen Medikamenten und in welcher Dosierung wurden bzw. werden Sie behandelt?

Nr.	Medikament	Dosierung	seit/von ... bis	regelmäßig	bei Bedarf
1					
2					
3					

8. Welche dieser Medikamente müssen Sie auch heute noch regelmäßig einnehmen?

9. Wurden Sie in ein Nachsorgeprogramm aufgenommen?

nein

ja wo? _____

10. Wurde Ihnen die Notwendigkeit weiterer Operationen angekündigt?

nein

ja welche? _____

11. Welche der nachstehenden Erkrankungen traten in diesem Zusammenhang noch auf?

- Blutgerinnungsstörungen
 Thrombosen
 Herz-/Kreislaufkrankungen
 Erkrankungen der Harnorgane
- Erkrankungen des Nervensystems
 Depressionen/psychische Störungen
 Knochenerkrankungen
 allgemeine Leistungsminderung

12. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?

nein ja Von wann bis wann? _____

13. Besteht eine Erwerbsminderung?

ja _____ % GdB nein

Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderung gestellt? ja nein

14. Können Sie Ihren Beruf jetzt wieder uneingeschränkt ausüben?

ja nein

Welche Einschränkungen bestehen noch? _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der zu Versichernden