

Zusätzliche Erklärung Gynäkologische Erkrankungen

Antrags- bzw. Versicherungsschein-Nummer

Antrag vom

versicherte Person (Vorname, Name)

Geburtsdatum

1. Wann traten erstmals Beschwerden auf, bzw. seit wann ist eine Erkrankung bekannt?

Datum

Welche Beschwerden oder Symptome haben/hatten Sie? (z. B. Schmerzen, Blutungen u. ä.)

Beschwerden

2. Welche Diagnose stellte der Arzt?

Diagnose

3. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

behandelnder Arzt

Krankenhausaufenthalte

Kuraufenthalte

Wann und wie lange?

Name und Anschrift der Klinik

4. Art der Behandlung

Wurde eine/mehrere Operation/en durchgeführt?

nein ja, wann und welche?

Datum

Art der Operation

Wie war der histologische Befund?

gutartig (benigne)

bösartig (maligne)

Wurden bei der/den Operation/en Unterleibsorgane entfernt?

nein ja, welche?

Beschreibung

Wurde eine Strahlentherapie durchgeführt?

nein ja, welche?

Beschreibung

Wurde eine Radiumtherapie durchgeführt?

nein ja, welche?

Beschreibung

Wurde eine medikamentöse Chemotherapie durchgeführt?

nein ja, welche?

Beschreibung

Welche weitere Behandlung wurde veranlasst?

Art der Behandlung

Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet?

Name der Medikamente

Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum

Versicherte Person

5. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

Sind Sie völlig geheilt?

nein ja, seit wann?

Datum

Welche Beschwerden bestehen noch?

Beschwerden

Müssen Sie sich wegen der durchgemachten Erkrankung von Zeit zu Zeit einer Kontrolluntersuchung unterziehen?

nein ja

Ist eine Operation vorgesehen?

nein ja, wann und welche?

Zeitpunkt

Art der Operation

Gehen Sie regelmäßig zu gyn. Vorsorgeuntersuchungen?

nein ja, wann zuletzt?

Datum letzte Untersuchung

Wie war der letzte Befund?

einwandfrei

kontrollbedürftig

6. Welcher weitere Arzt hat Sie behandelt bzw. behandelt Sie jetzt noch?

Name, Anschrift und Fachrichtung

Wann und wegen welcher Erkrankung?

Zeitraum

Art der Erkrankung

7. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufsunfähig und wegen welcher Erkrankung?

nein ja, wann?

Zeitraum

Art der Erkrankung

8. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE %)?

nein ja, wieviel Prozent und aus welchem Grund?

% MdE

Grund MdE

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person