

<p>9. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine solche geplant? (Wenn ja, welche, wann, durch wen, Ergebnis?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Nephrotomie am links / rechts</p> <p><input type="checkbox"/> Schlingenextraktion am links / rechts</p> <p><input type="checkbox"/> am links / rechts</p>
<p>10. Welche sonstige Therapie wurde durchgeführt (z.B. Stoßwellenbehandlung, Schlingenextraktion)?</p>	<p>Art der Therapie:</p> <p>Datum:</p> <p>Art der Therapie:</p> <p>Datum:</p>
<p>11. Sind die Steine spontan abgegangen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>12. Wurde eine Niere entfernt? (Wenn ja, wann? Ist die verbleibende Niere voll funktionstüchtig?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>13. Wurden Labortests (z.B. Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, Urinuntersuchung) durchgeführt? (Wenn ja, wann, welche, Ergebnis?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>14. Wurde eine Sonographie der Nieren vorgenommen? (Wenn ja, wann, Ergebnis?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>15. Bestehen noch Steine, Steinreste, Gries ö.ä.? (Wenn ja, wo?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>16. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? (Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>17. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, warum?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>18. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? (Wenn ja, wann, Dauer?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>19. Zusätzliche Angaben</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.

<p>Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige 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 können. Die vorstehenden Erklärungen sind Bestandteil des Antrages. Für die Beantwortung und Rücksendung dieser Zusatzerklärung werden von den neue leben Versicherungen keine Kosten erstattet.</p>		
<p>_____</p> <p>Datum</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift der zu versichernden Person</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift des Antragstellers</p>