

Tinnitus

Art: 212

Zusatzerklärung zum Antrag vom	
Versicherung Nr. / Sachbearbeiter	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

1. Wann ist der Tinnitus erstmalig aufgetreten?	
2. Welches(e) Ohr(en) ist (sind) bzw. war(en) betroffen?	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
3. Über welchen Zeitraum ist der Tinnitus aufgetreten?	
4. Wurde die Ursache für den Tinnitus festgestellt? (Wenn ja, wann, welche, z.B. Hörsturz, Entzündung, Durchblutungsstörungen?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Kam es zu Rückfällen? (Wenn ja, wann?)	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
6. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie in welchem Zeitraum wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?	
• Name / Anschrift	
• von / bis	
• Untersuchungen / Behandlungen	
7. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> zeitweise Präparat(e): Dosierung: täglich
8. Wurden Sie mit Infusionen behandelt? (Wenn ja, wann?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von bis
9. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine solche geplant? (Wenn ja, welche, wann, durch wen, Ergebnis?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -

