

Unterleibserkrankungen (Frauen)

| | |
|--|--|
| Versicherungs-Nr.: | |
| Antragsteller zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller) | Name, Vorname |
| 1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung (z.B. Gebärmuttersenkung etc.)? | |
| 2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch? (z.B. Ausfluss, Schmerzen, Blutungen usw.) | |
| 3. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten? | am |
| 4. Wie lange dauerten die Beschwerden an? | von bis |
| 5. Sind Sie völlig beschwerdefrei? Seit wann? | <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Sind Rückfälle aufgetreten? Wann? | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Haben Sie eine regelmäßige Monatsblutung? Falls nein, welche Art von Störung liegt vor (z.B. Zwischenblutung etc.)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt? Wenn ja, wann? Welche? Dosierung? | <input type="checkbox"/> ja, von bis <input type="checkbox"/> nein |
| wenn ja: <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit | Dosierung: |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit | Dosierung: |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit | Dosierung: |
| 9. Wurde eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie) oder Röntgenuntersuchung des Bauches vorgenommen? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: wann? Ergebnis?) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Wurde eine Operation durchgeführt? Wenn ja, bitte nähere Angaben: wann; Art der Operation (z.B. Ausschabung, Konisation etc.), Ergebnis? | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein |
| Im Falle einer Geschwulst o.ä.: Konnte Bösartigkeit mit Sicherheit ausgeschlossen werden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Durch welchen Arzt / welches Krankenhaus?: | |

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| 11. Kennen Sie den Befund Ihrer letzten gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung? | <input type="checkbox"/> ja, PAP am | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Sind aufgrund der Erkrankung regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: wie oft, Ergebnisse?) | <input type="checkbox"/> ja, zuletzt am | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt (= bestrahlt) worden? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: wann?, Ergebnis?) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Ist eine Operation vorgesehen / geplant? (Falls ja, wann, Art des Eingriffes?) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann? | | |
| Name / Anschrift | Zeitpunkt / Zeitraum | Untersuchungen / Behandlungen |
| | | |
| | | |
| | | |
| 16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Dauer? | <input type="checkbox"/> ja, von bis | <input type="checkbox"/> nein |
| 17. Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsminderung? Wieviel Prozent? | <input type="checkbox"/> ja, % GdB | <input type="checkbox"/> nein |
| 18. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 19. Zusätzliche Angaben: | | |
| | | |

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.

_____ Datum

_____ Unterschrift der zu versichernden Person

_____ Unterschrift des Antragstellers