

Fragebogen Hörsturz



Zusaterklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
5. Über welchen Zeitraum sind diesbezüglich Beschwerden aufgetreten? Insbesondere, wann zuletzt?	von _____ bis _____ zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf Dosierung: _____
7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Kam es zu Rückfällen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Fragebogen Hörsturz



9. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?	Am		
10. Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt?	Am		
11. Wurden Sie mit Infusionen behandelt? Wenn ja, wann, Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von bis		
12. Welche Blutdruckwerte und Herzfrequenzen wurden gemessen? (Bitte geben Sie die zwei aktuellsten und den höchsten je gemessenen Wert an)			
Blutdruckwert am	Datum:	Datum:	Datum:
in Ruhe	_____ / _____ mm Hg systolisch/diastolisch	_____ / _____ mm Hg systolisch/diastolisch	_____ / _____ mm Hg systolisch/diastolisch
Herzfrequenz	_____ /Minute	_____ /Minute	_____ /Minute
Wert unter Medikation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zigaretten: Stück <input type="checkbox"/> sonstiges : Stück		
14. Nehmen Sie Alkohol zu sich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art Menge Art Menge		

Fragebogen Hörsturz



15. Wurde ein EKG, eine Szintigrafie, Angiografie, Computertomogramm o.Ä. durchgeführt? Wenn ja, welche Untersuchung? Wann? Mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Bestehen in Ihrem Beruf besondere Anforderungen an das Hörvermögen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz ein Grad der Behinderung (GdB), eine Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung (MdE) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? Wenn ja, bitte nähere Angaben (Seit wann? Rentenbezugsdauer? Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja % <input type="checkbox"/> nein
18. Weitere Angaben	
19. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?	<input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> nein
20. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von.....bis.....

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

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

zusätzliche Angaben sind beigefügt
 Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Datum
 Unterschrift der zu versichernden Person
 Unterschrift des Antragstellers