

# Fragebogen Unterleibserkrankungen



<b>Zusatzklärung zum Antrag vom</b>	
<b>Antragsteller</b>	
<b>Zu versichernde Person</b> (wenn nicht Antragsteller)	

## Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code Und welche Beschwerden hatten/haben Sie?	
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? <b>Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
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? <b>Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
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? <b>Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?Entlassungsbericht bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
5. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten und wann zuletzt?	von ..... bis .....  zuletzt .....
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? <b>Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis ..... <input type="checkbox"/> nein
Wurden diese Ihnen verschrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <span style="float: right;">Dosierung:.....</span>	
7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? <b>Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
8. Kam es zu Rückfällen? <b>Wenn ja, wann?</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>

# Fragebogen Unterleibserkrankungen



9. Haben Sie eine regelmäßige Monatsblutung? <b>Falls nein, welche Art von Störung liegt vor (z.B. Zwischenblutung etc.)?</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
10. Kennen Sie den Befund Ihrer letzten gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung?	<input type="checkbox"/> ja, PAP.....am ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
11. Sind aufgrund der Erkrankung regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich? <b>(Wenn ja, wie oft, Ergebnisse?)</b>	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
12. Wurde eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie) oder Röntgenuntersuchung des Bauches vorgenommen? <b>(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: wann? Ergebnis?)</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
13. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?	<input type="checkbox"/> ja, seit..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
14. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? <b>Wenn nein, warum?</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
15. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? <b>Wenn ja, wann, Dauer?</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>  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

**Falls ärztliche Unterlagen vorliegen bitte diese ebenfalls beifügen!**

**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