

Fragebogen Tinnitus



Zusatzklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (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	
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 zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?	☐ ja, am _____ ☐ 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 zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	☐ ja, am _____ ☐ 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 zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?Entlassungsbericht bitte beifügen!	☐ ja, am _____ ☐ nein
5. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten und wann zuletzt?	von _____ bis _____ zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? ☐ ja, von _____ bis _____ ☐ nein Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche? Wurden diese Ihnen verschrieben? ☐ ja ☐ nein Dosierung: _____	
7. Wurde eine Ursache festgestellt? Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
8. Kam es zu Rückfällen? Wenn ja, wann?	☐ ja ☐ nein

Fragebogen Tinnitus



9. Welches(e) Ohr(en) ist (sind) bzw. war(en) betroffen?	☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
10. Besteht eine Herabsetzung des Hörvermögens? (Wenn ja, in welchem Frequenzbereich, z.B. Hochtön?)	☐ ja, seit ☐ nein rechts: % Hörminderung links: % Hörminderung Frequenzbereich:
11. Werden/Wurden Sie mit Infusionen behandelt? Wenn ja, wann?	☐ ja, am ☐ nein
12. Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? (Wenn ja, bitte nähere Angaben!)	☐ ja ☐ nein
13. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?	☐ ja, seit ☐ nein
14. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	☐ ja ☐ nein
15. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?	☐ ja ☐ 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 beigelegt
 ☐ 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