



1. Allergie
2. Heuschnupfen
3. Migräne / Kopfschmerzen
4. Medikamente
5. Hämorrhoiden
6. Hauterkrankungen
7. Krampfadern / sonst. Venenerkrankungen
8. Tinnitus
9. HNO
10. Hypertonie
11. Gastritis / Refluxerkrankungen
12. Kropf- und Schilddrüsenerkrankungen
13. Wirbelsäulen- und Rückenbeschwerden
14. Knie- und Sprunggelenksverletzungen
15. Knochenbruch
16. Prostata-, Harnwegs- und Nierenerkrankungen
17. Augenerkrankungen
18. Frauenerkrankungen

**Stand September 2019**

<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer:</b>			<b>Zu versichernden Person:</b>		
Name	Vorname	geb. am	Name	Vorname	geb. am
Anschrift:			Anschrift:		

## 1. Allergie

<p><b>Seit wann besteht die Allergie?</b> .....</p> <p><b>Welche allergieauslösenden Ursachen sind bekannt?</b>  <input type="checkbox"/> Hausstaub    <input type="checkbox"/> Schimmelpilzsporen    <input type="checkbox"/> Insektenstiche  <input type="checkbox"/> Tierhaare    <input type="checkbox"/> Pollen von Gräsern, Bäumen, Getreide  <input type="checkbox"/> Medikamente, Farbstoffe, Kosmetika, Chemikalien, Metalle  <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, ggf. welche?          .....  <input type="checkbox"/> ggf. folgende weitere:          .....</p> <p><b>Welche Beschwerden (Symptome) treten auf?</b>  <input type="checkbox"/> Schwellungen    <input type="checkbox"/> Hautausschläge, Hautjucken  <input type="checkbox"/> Schockzustand    <input type="checkbox"/> Erbrechen, Durchfall, Bauchkrämpfe  <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen    <input type="checkbox"/> erschwertes Atmen  <input type="checkbox"/> Niesanfälle, Augentränen, Augen- und Rachenjucken    <input type="checkbox"/> ggf. folgende weitere:          .....</p> <p><b>Ist die Allergie jahreszeitabhängig und ggf. über welchen Zeitraum tritt sie auf?</b>  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von ..... bis .....</p> <p><b>Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?</b>          .....</p> <p><b>Wurde ein Allergiepass ausgestellt?</b>    <input type="checkbox"/> ja, Kopie anbei    <input type="checkbox"/> nein  <b>Besteht eine asthmatische Beteiligung?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>Welche Therapie wurde bisher durchgeführt?</b>  <input type="checkbox"/> Akupunktur    <input type="checkbox"/> Medikamente/Sprays (bitte Arzneimittelnamen angeben):          .....</p> <p><input type="checkbox"/> Spritzen    <input type="checkbox"/> Hyposensibilisierung    <input type="checkbox"/> Diät  <input type="checkbox"/> Inhalation    <input type="checkbox"/> stationäre Heilbehandlung    <input type="checkbox"/> Bestrahlung  <input type="checkbox"/> ggf. folgende weitere:          .....</p> <p><b>Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?</b>          .....</p> <p><b>Sind weitere Untersuchungen (z.B. Allergietest) oder Behandlungen (z.B. Hyposensibilisierung) angeraten oder beabsichtigt?</b>          .....</p> <p><b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern/Sanatorien fanden bisher Behandlungen/Heilmaßnahmen statt?</b>          (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben)          .....</p> <p><b>Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an einer Allergie?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>
--	--

## 2. Heuschnupfen

<p><b>Seit wann besteht der Heuschnupfen?</b>          .....</p> <p><b>Zu welcher Jahreszeit treten die Beschwerden auf?</b>          .....</p> <p><b>Welcher Art sind die Beschwerden / Symptome?</b> (z. B. Niesanfälle, Augentränen, erschwertes Atmen)          .....</p> <p><b>Wurde bereits ein Allergietest oder eine Hyposensibilisierung durchgeführt?</b>  <input type="checkbox"/> ja, und zwar ....., am .....</p> <p><b>Sind die den Heuschnupfen auslösenden Ursachen bekannt?</b>  <input type="checkbox"/> ja, und zwar .....</p> <p><b>Besteht eine asthmatische Beteiligung?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein  <b>Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an Heuschnupfen?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>Welche Medikamente wurden bzw. werden genommen?</b>          .....</p> <p><b>War bzw. ist eine weitere Behandlung in Form von Spritzen oder Inhalationen (auch Sprays) notwendig?</b>          .....</p> <p><b>Sind weitere Untersuchungen (z.B. Allergietest) oder Behandlungen (z.B. Hyposensibilisierung) angeraten oder beabsichtigt?</b>          .....</p> <p><b>Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?</b>          .....</p> <p><b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?</b> (Bitte Namen und vollst. Anschrift angeben)          .....</p>
---	--

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars \_\_\_\_\_. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die im Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erläuterungen. Bitte kennzeichnen Sie im Antrag den Hinweis: „Anlage(n) beigelegt“ mit  ja, und der entsprechenden Anzahl der beigelegten Blätter.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)



<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer:</b>			<b>Zu versichernden Person:</b>		
Name	Vorname	geb. am	Name	Vorname	geb. am
Anschrift:			Anschrift:		

### 3. Migräne / Kopfschmerzen

Seit wann besteht die Migräne? ..... Welcher Auslöser ist Ihnen bekannt? ..... Wie oft im Monat tritt die Migräne auf? ..... Wie lange dauert der Migräne-Anfall jeweils an? ..... Handelt es sich um eine Migräne mit oder ohne Aura? ..... Wann trat der letzte Anfall auf? ..... Welche Beschwerden treten auf? (Übelkeit, Schwindel o. Ä.) ..... Wie lautet die ärztliche Diagnose? .....	Welche Therapie werden angewandt? <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie <input type="checkbox"/> andere, ..... Welche Medikamente werden eingenommen und in welcher Dosierung? ..... Fand bereits ein stationärer Aufenthalt in einer Schmerzklinik statt und ggf. wann bzw. ist ein solcher geplant? ..... Sonst. Behandlungen (z. B. CT, EEG)? ..... Bestanden wg. der Migräne Zeiten der Arbeitsunfähigkeit? ..... Wurden Sie beim Hausarzt oder beim Facharzt (Neurologen) behandelt (Name und Anschrift angeben)? ..... .....
--	---

### 4. Medikamente

Welche Medikamente wurden bzw. werden verabreicht? (Bitte genaue Angabe bzw. ggf. ergänzen) ..... Von wann bis wann wurden bzw. werden die Medikamente eingenommen? .....	Wegen welcher Gesundheitsstörungen, Beschwerden oder aus welchen sonstigen Gründen wurden bzw. werden Arzneimittel genommen? ..... Name und Anschrift der behandelnden Ärzte bzw. Krankenhäuser, die Medikamente verschrieben oder verabreicht haben? ..... .....
---	---

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars \_\_\_\_\_. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die im Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erläuterungen. Bitte kennzeichnen Sie im Antrag den Hinweis: „Anlage(n) beigelegt“ mit  ja, und der entsprechenden Anzahl der beigelegten Blätter.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)



<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer:</b>			<b>Zu versichernden Person:</b>		
Name	Vorname	geb. am	Name	Vorname	geb. am
Anschrift:			Anschrift:		

### 5. Hämorrhoiden

<p><b>Seit wann bestehen bzw. bestanden die Hämorrhoiden?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Handelt es sich um <input type="checkbox"/> innere oder <input type="checkbox"/> äußere Hämorrhoiden?</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><b>Wie oft und in welchen Abständen wurden Sie wegen der Hämorrhoiden behandelt?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?</b></p> <p>.....</p>	<p><b>Bestehen noch Hämorrhoidalbeschwerden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Welche Behandlungen waren erforderlich?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Verödung <input type="checkbox"/> ggf. welche sonst?</p> <p>.....</p> <p><b>Ist eine Operation vorgesehen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?</b> (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben)</p> <p>.....</p>
---	--

### 6. Hauterkrankung

<p><b>Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> Psoriasis/Schuppenflechte  <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Hautpilzerkrankung  <input type="checkbox"/> allergische Hauterkrankung <input type="checkbox"/> ggf. wie sonst?</p> <p>.....</p> <p><b>Welche Körperteile waren bzw. sind von der Erkrankung betroffen?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Größe der betroffenen Stellen?</b> .....</p> <p><b>Welche Medikamente werden/wurden verordnet?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Welche Behandlungen wurden durchgeführt?</b></p> <p>.....</p>	<p><b>Hat eine Krankenhausbehandlung stattgefunden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, wann und wie lange?</p> <p>.....</p> <p><b>Wurde eine Kur oder Klimakur vom Arzt angeraten oder ist eine solche beabsichtigt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an einer Hauterkrankung?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?</b> (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben)</p> <p>.....</p> <p><b>Sind die Ursachen bekannt? Bestehen Organ- oder Gelenksbeteiligungen?</b></p> <p>.....</p>
--	---

### 7. Krampfadern / sonst. Venenerkrankungen

<p><b>Seit wann bestehen die Krampfadern?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wo bestehen die Krampfadern?</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel</p> <p><b>In welcher Ausdehnung und Dicke bestehen die Krampfadern</b> (bleistift dick, fingerdick) ?</p> <p>.....</p> <p><b>Besteht oder bestand eine</b> <input type="checkbox"/> Thrombose? <input type="checkbox"/> Thrombophlebitis?  <input type="checkbox"/> Embolie? <input type="checkbox"/> Krampfadereizündung? <input type="checkbox"/> Krampfaderruptur?  <input type="checkbox"/> Krampfadergeschwür? und ggf. wann?</p> <p>.....</p> <p><b>oder litten Sie an</b> <input type="checkbox"/> Schmerzen? Bitte angeben, wo: .....</p> <p><input type="checkbox"/> offenen Beinen? <input type="checkbox"/> angeschwollenen Beinen?</p>	<p><b>Wurde eine Operation durchgeführt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, wann?</p> <p>.....</p> <p><b>Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?</b> .....</p> <p>.....</p> <p><b>Müssen Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit viel stehen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?</b> (Bitte die Namen und die vollständige Anschrift</p> <p>.....</p> <p><b>Leiden oder litten die Mutter, der Vater oder die Geschwister an Krampfadern?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
--	---

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars \_\_\_\_\_. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die im Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erläuterungen. Bitte kennzeichnen Sie im Antrag den Hinweis: „Anlage(n) beigelegt“ mit  ja, und der entsprechenden Anzahl der beigelegten Blätter.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer:</b>			<b>Zu versichernden Person:</b>		
Name	Vorname	geb. am	Name	Vorname	geb. am
Anschrift:			Anschrift:		

## 8. Tinnitus

<p><b>Bestehen / bestanden Ohrgeräusche?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, von ..... bis ..... <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Traten die Ohrgeräusche nach einem Hörsturz auf?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls "nein", welche andere Ursache liegt vor?</p> <p>.....</p> <p><b>Auf welcher Seite traten / treten die Ohrgeräusche auf?</b></p> <p><input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig</p> <p><b>Welche Behandlung wurde durchgeführt?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wann fand / findet die Behandlung statt?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Sind Behandlungen für die Zukunft angeraten?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>Besteht eine Schwerhörigkeit?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit ..... <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Tragen Sie ein Hörgerät?</b> <input type="checkbox"/> ja, seit ..... <input type="checkbox"/> angeraten <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Ist der Hörnerv noch intakt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Waren Sie wegen des Tinnitus im Krankenhaus?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar am (ggf. von/bis):</p> <p>.....</p> <p><b>Wann fand die letzte Behandlung statt?</b> .....</p> <p><b>Seit wann besteht Beschwerdefreiheit?</b> .....</p> <p><b>Bei welchen Ärzten oder Heilpraktikern fanden bisher Behandlungen wegen dieser Erkrankung statt?</b> (Namen und vollst. Anschrift ang.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

## 9. HNO

<p><b>Wie wird die Erkrankung bezeichnet?</b> (z. B. Meniersche Krankheit, Tinnitus, Hörsturz, Cholesteatom, Taubheit, Schwerhörigkeit, Nasennebenhöhlenentzündung, Septumdeviation, Nasenmuschelhypertrophie, Schnarchen, Schlafapnoe, Tonsillitis)</p> <p>.....</p> <p><b>Welche Beschwerden haben/hatten Sie?</b> (z. B. Hörsturz, Ohrgeräusche)</p> <p>.....</p> <p><b>Ist die Ursache der Erkrankung bekannt und seit wann besteht die Erkrankung?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Tragen Sie ein Hörgerät?</b> <input type="checkbox"/> ja, links <input type="checkbox"/> ja, rechts <input type="checkbox"/> ja, bds <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Ist der Hörnerv noch intakt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Welche Therapien wurde angewandt?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Leiden/litten Sie an Schwindelanfällen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Von wann bis wann, wie und wie oft wurden Sie behandelt?</b></p> <p>.....</p>	<p><b>Haben Sie jetzt noch Beschwerden?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar .....</p> <p><input type="checkbox"/> nein, nicht mehr seit dem .....</p> <p><b>Fanden wg. der Erkrankung bereits Krankenhausaufenthalte statt und wenn ja, wann, welche und mit welchem Ergebnis?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Ist ein Krankenhausaufenthalt oder eine Operation angeraten?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wurden Medikamente eingenommen, wenn ja, wann und in welcher Dosierung?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?</b> (z. B. Hörgeräteversorgung, Operation, Cochlea-Implantation)</p> <p>.....</p> <p><b>Welcher Arzt kann Auskunft geben?</b> (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben)</p> <p>.....</p> <p><b>Bestanden wg. dieser Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeiten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von ..... bis .....</p>
---	--

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars \_\_\_\_\_. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die im Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erläuterungen. Bitte kennzeichnen Sie im Antrag den Hinweis: „Anlage(n) beigelegt“ mit  ja, und der entsprechenden Anzahl der beigelegten Blätter.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)



<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer:</b>			<b>Zu versichernden Person:</b>		
Name	Vorname	geb. am	Name	Vorname	geb. am
Anschrift:			Anschrift:		

### 13. Wirbelsäulen- und Rückenbeschwerden

<p><b>Seit wann bestehen bzw. bestanden die Beschwerden?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Ärztliche Diagnose?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Über welche Zeiträume bestanden in den letzten drei Jahren Beschwerden?</b></p> <p>.....</p> <p><b>In welchem Bereich treten die Beschwerden auf:</b></p> <p><input type="checkbox"/> des Nackens?      <input type="checkbox"/> der Brust?      <input type="checkbox"/> der Lenden?</p> <p><input type="checkbox"/> mit Ausstrahlung in</p> <p><input type="checkbox"/> die Schulter?   <input type="checkbox"/> die Arme?   <input type="checkbox"/> die Brust?   <input type="checkbox"/> das Gesäß?   <input type="checkbox"/> die Beine?</p> <p><b>Liegen den Beschwerden eine der folgenden Ursachen zugrunde?</b></p> <p><input type="checkbox"/> eine Wirbelsäulenverletzung, z. B. infolge zu schweren Hebens, einer schnellen Drehung oder eines Sturzes?</p> <p><input type="checkbox"/> eine Überbeanspruchung, z.B. durch zu langes Sitzen, Stehen, oder durch Sport?</p> <p><input type="checkbox"/> eine Erkrankung der Wirbelgelenke?</p> <p><input type="checkbox"/> Muskelverspannungen?      <input type="checkbox"/> eine Abnutzung?</p> <p><input type="checkbox"/> ein Bandscheibenvorfall?      <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten?</p> <p><input type="checkbox"/> eine Rückgratverkrümmung?</p> <p><input type="checkbox"/> eine sonstige Bandscheibenerkrankung? ggf. welche sonst?</p> <p>.....</p>	<p><b>Wann und wie lange wurden Sie behandelt?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Erfolgten die Untersuchungen bzw. Behandlungen</b></p> <p><input type="checkbox"/> im Krankenhaus?      <input type="checkbox"/> in einer Kurklinik oder im Sanatorium?</p> <p><input type="checkbox"/> durch den Hausarzt?      <input type="checkbox"/> durch einen Heilpraktiker?</p> <p><input type="checkbox"/> durch einen Facharzt, z.B. einen Orthopäden?</p> <p><b>Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Welche Untersuchungsergebnisse liegen Ihnen vor(z. B. CT)?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Welche Maßnahmen wurden vom behandelnden Arzt angeordnet bzw. vorgenommen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Spritzen?   <input type="checkbox"/> eine Operation?   <input type="checkbox"/> Packungen?   <input type="checkbox"/> Massagen?</p> <p><input type="checkbox"/> Bäder?   <input type="checkbox"/> ein Stützapparat?   <input type="checkbox"/> Gymnastik?</p> <p><input type="checkbox"/> Wärmebehandlung, z. B. Bestrahlungen?</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente, ggf. welche:</p> <p>.....</p> <p><b>Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?</b>   <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls „ja“, seit wann?</p> <p>.....</p>
--	--

### 14. Knie- und Sprunggelenksverletzungen

<p><b>Ist die Erkrankung zurückzuführen auf</b></p> <p><input type="checkbox"/> einen angeborenen Fehler?   <input type="checkbox"/> einen Unfall?   <input type="checkbox"/> ggf. worauf sonst?</p> <p>.....</p> <p><b>Seit wann bestehen Beschwerden bzw. wann ereignete sich der Unfall?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Welche Körperteile sind betroffen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> linkes Kniegelenk?      <input type="checkbox"/> rechtes Kniegelenk?</p> <p><input type="checkbox"/> linkes Sprunggelenk?      <input type="checkbox"/> rechtes Sprunggelenk?</p> <p><input type="checkbox"/> ggf. welche weiteren?</p> <p>.....</p> <p><b>Art der Schädigungen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sehnenverletzung?   <input type="checkbox"/> Bruch?   <input type="checkbox"/> Knorpelschaden?</p> <p><input type="checkbox"/> Weichteilverletzung   <input type="checkbox"/> Muskelverletzung?</p> <p><input type="checkbox"/> Bandverletzung (○ Dehnung ○ Anriss ○ Abriss)?</p> <p><input type="checkbox"/> Kreuzbandverletzung (○ Dehnung ○ Anriss ○ Abriss)?</p> <p><input type="checkbox"/> Meniskusverletzung (○ Dehnung ○ Anriss ○ Abriss)?</p> <p><input type="checkbox"/> Abnutzungserscheinungen   <input type="checkbox"/> ggf. um was sonst? .....</p> <p>.....</p> <p><b>Erfolgten die Untersuchungen bzw. Behandlungen</b></p> <p><input type="checkbox"/> durch den Hausarzt?   <input type="checkbox"/> durch einen Heilpraktiker?</p> <p><input type="checkbox"/> durch einen Facharzt, z.B. einen Orthopäden?</p> <p><input type="checkbox"/> im Krankenhaus?   <input type="checkbox"/> in der Kurklinik oder im Sanatorium?</p>	<p><b>Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Welche Untersuchungsergebnisse liegen Ihnen vor(z. B. CT)?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wann und wie lange fanden in den letzten drei Jahren jeweils Behandlungen statt?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Welche Maßnahmen wurden vom Heilbehandler angeordnet bzw. vorgenommen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Spritzen?   <input type="checkbox"/> Packungen?   <input type="checkbox"/> Bäder?   <input type="checkbox"/> Verbände?   <input type="checkbox"/> Gips?</p> <p><input type="checkbox"/> eine Operation?   <input type="checkbox"/> Krankengymnastik?   <input type="checkbox"/> Wärmebehandlung (z.B. Bestrahlung)?</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente, ggf. welche? .....</p> <p><b>Ist die Bewegungsfähigkeit wieder hergestellt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, teilweise      <input type="checkbox"/> ja, vollständig</p> <p><b>Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?</b>   <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls „ja“, seit wann? .....</p>
--	--

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars \_\_\_\_\_. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die im Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erläuterungen. Bitte kennzeichnen Sie im Antrag den Hinweis: „Anlage(n) beigelegt“ mit  ja, und der entsprechenden Anzahl der beigelegten Blätter.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)



<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer:</b>			<b>Zu versichernden Person:</b>		
Name	Vorname	geb. am	Name	Vorname	geb. am
Anschrift:			Anschrift:		

### 15. Knochenbruch

<p><b>Um welche Knochen handelt es sich?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wann ereignete sich der Bruch?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wurde der Bruch mit Material</b> (Nagel, Draht, Platte etc.) <b>versorgt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, und zwar am .....</p> <p>Wurde das Material bereits entfernt?    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, wann? .....</p> <p>Ist eine Materialentfernung vorgesehen? <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, wann? .....</p> <p><b>Bestehen derzeit noch Beschwerden?</b> <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, und zwar .....</p>	<p><b>Wurden physikalische Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) durchgeführt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, von ..... bis .....</p> <p><b>Sind die physikalischen Maßnahmen abgeschlossen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Ist die Beweglichkeit wieder vollständig hergestellt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Werden noch Kontrolluntersuchungen durchgeführt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, zuletzt am .....</p> <p><b>Wann ist die nächste Kontrolluntersuchung vorgesehen?</b></p> <p>.....</p>
--	--

### 16. Prostata-, Harnwegs- und Nierenerkrankungen

<p><b>Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Welche Medikamente wurden eingenommen?</b></p> <p>.....</p> <p><b>War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, von ..... bis .....</p> <p><b>Ist eine Operation vorgesehen?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Wurde eine Operation durchgeführt?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls „ja“, Art und Zeitpunkt der Operation?</p> <p>.....</p>	<p><b>Welche Ursachen sind bekannt</b> (z. B. Bluthochdruck, Zysten)?</p> <p>.....</p> <p><b>Welche Beschwerden bestehen bzw. bestanden?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?</b> (Bitte Namen und vollst. Anschrift angeben)</p> <p>.....</p> <p><b>Besteht Einnierigkeit?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>(Falls „ja“, bitte ärztlichen Befund beifügen)</p>
---	--

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars \_\_\_\_\_. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die im Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erläuterungen. Bitte kennzeichnen Sie im Antrag den Hinweis: „Anlage(n) beigefügt“ mit  ja, und der entsprechenden Anzahl der beigefügten Blätter.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)





<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer:</b>			<b>Zu versichernden Person:</b>		
Name	Vorname	geb. am	Name	Vorname	geb. am
Anschrift:			Anschrift:		

### 17. Augenerkrankungen

<p><b>Wie lautet die ärztliche Diagnose?</b> (z. B. Grauer Star, Glaukom)</p> <p>.....</p> <p><b>Welches Auge ist betroffen?</b>    <input type="checkbox"/> rechts    <input type="checkbox"/> links    <input type="checkbox"/> beide</p> <p><b>Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?</b> .....</p> <p>.....</p> <p><b>Wie wurde/wird mitbehandelt?</b> (bei Medikamenten bitte Namen und Dosierung angeben – z. B. Blutdruck senkende Mittel)</p> <p>.....</p> <p><b>Wurden Sie operiert?</b>    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, Art der Operation:</p> <p>.....</p> <p><b>Wurde der Krankheitszustand durch die Operation behoben?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Bestehen heute noch Beschwerden/Folgen?</b> <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, und zwar:</p> <p>.....</p> <p><b>Ist die Erkrankung ausgeheilt?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>Falls Sie Brillen- oder Kontaktlinsenträger(-in) sind: Welche Stärken haben Ihre Gläser/Linsen? ts</b></p> <p>..... Dioptr./links ..... Dioptr./rechts</p> <p><b>Wann hat sich Ihre Sehstärke zuletzt geändert?</b> .....</p> <p><b>Ergebnis der Augeninnendruckmessung?</b> .....</p> <p><b>Welche Behandlungen sind geplant bzw. noch erforderlich?</b> (z. B. Laserung)</p> <p>.....</p> <p><b>Was ist die Ursache der Erkrankung?</b> (z. B. Diabetes, Bluthochdruck)</p> <p>.....</p> <p><b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?</b> (Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben) .....</p> <p>.....</p>
--	--

### 18. Frauenkrankheiten

<p><b>Wie lautet die ärztliche Diagnose?</b> (z.yB. Myom, Zyste)</p> <p>.....</p> <p><b>Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?</b></p> <p>Unterleib: Gebärmutter, Eierstöcke (z. B. Schmerzen, Blutungen, Ausfluss)?</p> <p>.....</p> <p>Brustbeschwerden (z. B. Entzündung, Verhärtung, Zysten)?</p> <p>.....</p> <p><b>Wann sind sie erstmals aufgetreten?</b> .....</p> <p><b>Wann sind sie letztmals aufgetreten?</b> .....</p> <p><b>Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wie wurde/wird behandelt?</b> (z. B. Operation, Bestrahlung, Chemotherapie)</p> <p>.....</p>	<p><b>Welche Medikamente nehmen Sie noch ein?</b> (Namen und Dosierung angeben)</p> <p>.....</p> <p><b>In welchen Zeitabständen müssen Sie sich einer Kontrolluntersuchung unterziehen?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Hatten Sie Fehlgeburten?</b>    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, am .....</p> <p><b>Ursache:</b> .....</p> <p><b>Liegt Sterilität vor?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?</b></p> <p>.....</p> <p><b>Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?</b> (Bitte die Namen und vollst. Anschrift angeben)</p> <p>.....</p>
--	--

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars \_\_\_\_\_. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die im Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erläuterungen. Bitte kennzeichnen Sie im Antrag den Hinweis: „Anlage(n) beigelegt“ mit  ja, und der entsprechenden Anzahl der beigelegten Blätter.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter(-in))