

## Zusatzerklärung AU – Augenerkrankungen

Antrags-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ergänzende Gesundheitsfragen zu: Erkrankung  
 \_\_\_\_\_

**1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?**

- |   |                                       |                                       |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fehlsichtigkeit          | <input type="radio"/> Kurzsichtigkeit | <input type="radio"/> Weitsichtigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hornhautverkrümmung      |                                       |                                       |
| <input type="checkbox"/> Schiefhler               |                                       |                                       |
| <input type="checkbox"/> Netzhautablösung/-löcher | <input type="radio"/> Grauer Star     | <input type="radio"/> Grüner Star     |
| <input type="checkbox"/> Starerkrankung           |                                       |                                       |
| <input type="checkbox"/> Netzhautentzündung       |                                       |                                       |
| <input type="checkbox"/> Regenbogenhautentzündung |                                       |                                       |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung      | _____                                 |                                       |

**2. Welche Ursache ist Ihnen bekannt?**

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> angeboren                       |       |
| <input type="checkbox"/> Allergie, auslösendes Allergen: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Viren oder Bakterien            |       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                        |       |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                   |       |
| <input type="checkbox"/> unbekannt                       |       |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                       | _____ |

**3. Welches Auge ist betroffen?**

- rechtes Auge       linkes Auge       beide Augen

**4. Benötigen Sie Sehhilfen?**

- Nein
- Ja      Art der Sehhilfe: \_\_\_\_\_

**5. Dioptrien:** Rechtes Auge: \_\_\_\_\_ Linkes Auge: \_\_\_\_\_

**6. Wird die Fehlsichtigkeit durch die Sehhilfe vollständig ausgeglichen?**

- Nein      Welche Einschränkungen bestehen noch?
- Ja      \_\_\_\_\_

**7. Wurden Sie ambulant behandelt?**

- Nein
- Ja      von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Art der Behandlung:**

- |  |                      |            |
|--|----------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Medikamente             | Name des Medikaments | Tagesdosis |
|  | _____                | _____      |
| <input type="checkbox"/> Untersuchungen          | Art der Untersuchung |            |
|  | _____                |            |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelverordnungen | Art des Hilfsmittels |            |
|  | _____                |            |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges               | _____                |            |

**Ist die Behandlung (inkl. Medikamenteneinnahme usw.) abgeschlossen?**

- Nein      Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten?
- Ja      \_\_\_\_\_

## Zusatzerklärung AU – Augenerkrankungen

Antrags-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**8. Wurden Sie stationär behandelt?**

- Nein  
 Ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Wurden Sie operiert/gelasert?**

- Nein  
 Ja Datum der Operation/Laserung: \_\_\_\_\_  
Art der Operation/Laserung: \_\_\_\_\_

**Ist eine stationäre Behandlung/Operation/Laserung angeraten?**

- Nein  
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: \_\_\_\_\_  
Art der Behandlung: \_\_\_\_\_

**9. Erfolgte eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung?**

- Nein  
 Ja Datum der Behandlung: \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Ist eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung angeraten/vorgesehen?**

- Nein  
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**10. Haben Sie noch Beschwerden bzw. bestehen noch Folgen der Erkrankung?**

- Nein Seit wann sind Sie beschwerde- bzw. folgenfrei? \_\_\_\_\_  
 Ja Welche Beschwerden/Folgen bestehen noch?  
\_\_\_\_\_

**11. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig?**

- Nein  
 Ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Erkrankung: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben meinen Versicherungsschutz gefährden.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Personen über 16 Jahre bzw. des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_