

# Zusatzklärung Harnwegs- und Nierenerkrankungen

 Lebensversicherung Krankenversicherung

Antragsdatum

Antrag-Nr.

**Versicherte Person**

Name

Anschrift

Geburtsdatum

**Detaillierte Angaben ersparen meistens Rückfragen. Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein Formschreiben. Deshalb kann es sein, dass Daten aus dem Antrag noch einmal abgefragt werden.**

- 1. Von wann bis wann waren Sie wegen Harnwegs- oder Nierenerkrankungen in ärztlicher Behandlung? Bitte Name und Anschrift des Arztes angeben:**
- 2. Welche Diagnose stellte der Arzt (z. B. Nierentzündung, Nierensteine, Harnleitersteine, Zyste, Tumor, Harnblasen-, Harnröhren-, Prostataerkrankungen)?**
- 3. Welche Medikamente wurden verordnet? Bitte nennen Sie Name und Dosis:**

- 4. Erfolgte eine Krankenhausbehandlung?**

 ja nein**Wenn ja, wie lange?****Bitte Name, Anschrift des Krankenhauses und Station angeben:**

- 5. Erfolgte eine Röntgenuntersuchung?**

 ja nein**Datum und Ergebnis****Erfolgte eine Ultraschalluntersuchung?** ja nein**Datum und Ergebnis****Erfolgte eine Spiegelung?** ja nein**Datum und Ergebnis**

- 6. Erfolgte eine Operation (z. B. Steinentfernung, Nierenentfernung rechts/links)?**

 ja nein**Wenn ja, wann und weshalb?****Bei Nierenentfernung: ist die Restniere gesund und voll funktionsfähig?** ja nein**Konnte Bösartigkeit ausgeschlossen werden?** ja nein

# Zusatzerklärung Harnwegs- und Nierenerkrankungen

7. Wann wurde Ihr Urin zuletzt untersucht, von wem und mit welchem Ergebnis?

8. Bestehen noch Beschwerden?

ja  nein

Wann zuletzt und welche Beschwerden?

Sind noch Steine vorhanden?

ja  nein

Wenn ja, rechts, links oder beidseitig?

9. Welche Behandlungen/Operationen werden voraussichtlich noch notwendig sein?

Sind weiterhin Medikamente erforderlich?

ja  nein

Wenn ja, bitte Name und Dosis angeben:

10. Welche Ärzte (außer den in Punkt 1 genannten) haben Sie behandelt oder behandeln Sie jetzt noch? Bitte Name und Anschrift angeben:

Wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?

11. Wurde bei Ihnen erhöhter Blutdruck gemessen?

ja, wann:  nein

Welche Blutdruckwerte wurden gemessen?

/ mm/Hg am / mm/Hg am

Werden blutdrucksenkende Mittel eingenommen?

ja  nein

Wenn ja, Name der Medikamente und Dosis?

12. Bei welchem Arzt/Hausarzt befinden sich Unterlagen über diese Erkrankungen? Bitte Name und Anschrift angeben:

13. Waren Sie jemals berufsunfähig oder länger als 4 Wochen arbeitsunfähig?

ja  nein

Wegen welcher Erkrankung? Wann und wie lange?

Mir ist bekannt, dass die Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten sind. Ich weiß, dass die R+V Versicherung bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person