

ZUSATZERKLÄRUNG ZUM KRANKENVERSICHERUNGSANTRAG

Antrag vom:

Anschrift:

Name/Vorname des Antragstellers:

Person:

Vers.-Nr.:

Gehörerkrankungen

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?
(z. B. Meniere'sche Erkrankung, Labyrinthkrankheit,
Tinnitus, Hörsturz, Schwerhörigkeit, Taubheit)?

7. Sind Schwindelanfälle aufgetreten? ja nein
- Wenn ja, wann zuletzt?

2. Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?
(z. B. Hörstörung, Ohrgeräusche)?

8. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?

3. Wann und wie kam es zu der Gehörerkrankung?

9. Wie wurde behandelt?

4. Wird ein Hörgerät getragen? ja nein

10. Bestehen jetzt noch Beschwerden?
 nein - Seit wann nicht mehr?
 ja - Welche?

5. Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells?
 ja nein

11. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?
(z. B. Hörgeräteversorgung, Chochlea-Implantat?)

6. Ist der Hörnerv noch intakt? ja nein

12. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

**Hat sich der Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) seit der Antragstellung geändert?
Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an.**

Ort/Datum

Unterschrift