

Selbstauskunft bei Augenerkrankungen

Anfrage vom: _____

Name der Person: _____ geb. am: _____

wohnhaft in: _____

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welches Auge wurde behandelt?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

Ist eine Operation angeraten oder beabsichtigt?

ja nein

4. Wie wurde behandelt?

5. Wurden Sie operiert?

ja nein

6. Wurde der Krankheitszustand durch die Operation behoben?

ja nein

7. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen?

ja nein

Wenn ja: Welche?

8. Falls Brillenträger:

Welche Stärken haben Ihre Gläser?

8.1 Wann hat sich die Sehkraft letztmalig geändert?

9. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

10. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

11. Waren oder sind Sie zeitlich begrenzt arbeits- oder berufsunfähig?

ja nein

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstausskunft zum Bestandteil meines Vertrages. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. deren gesetzlichen Vertreter