

## Selbstauskunft bei Frauenerkrankungen

Anfrage vom: \_\_\_\_\_

Name der Person: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

\_\_\_\_\_

2. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?

ja  nein

Von wann bis wann?

\_\_\_\_\_

3. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

3.1 Wann sind sie erstmals aufgetreten?  
Wann zuletzt?

\_\_\_\_\_

4. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

\_\_\_\_\_

5. Wurden Sie operiert?  
Woran?

Name und Anschrift des Krankenhauses:

\_\_\_\_\_

6. Wie wurde behandelt? (Operation?Bestrahlung?)

7. Müssen Sie sich einer Kontrolluntersuchung unterziehen?

ja  nein

In welchen Zeitabständen?

---

8. Hatten Sie Fehlgeburten?

ja  nein

Wann?  
Ursache?

---

9. Liegt eine Sterilität/Infertilität vor?

ja  nein

---

10. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

---

11. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

---

12. 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 Selbstauskunft 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