

Selbstauskunft für Nieren,- Harnwegs- und Prostataerkrankungen

Anfrage vom: _____

Name der Person: _____ **geb. am:** _____

wohnhaft in: _____

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

2.1. Wurde Ihr Blutdruck gemessen?

___ ja ___ nein

2.2. Welche Werte?

3. Wie wurde behandelt?

4. Wurden Sie operiert?

___ ja ___ nein

4.1. Wann?

5. Haben Sie noch Beschwerden?

___ ja ___ nein

5.1. Welche?

6. Stehen Sie noch unter ärztlicher Kontrolle oder Beobachtung?

ja nein

6.1. In welchen Abständen?

7. Bei Nierenerkrankungen: Welche Niere ist betroffen?

7.1. Ist die andere Niere völlig gesund und funktionsfähig?

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

10. 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