

Selbstauskunft bei Ohrenerkrankungen, Schwerhörigkeit, Taubheit

Anfrage vom: _____

Name der Person: _____ geb. am: _____

wohnhaft in: _____

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

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

3. Wann und wie kam es zu einer Gehörerkrankung?

4. Tragen Sie ein Hörgerät?

ja nein

5. Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells?

ja nein

6. Leiden Sie an Schwindelanfällen?

ja nein

Wann zuletzt?

7. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

Ist eine Operation angeraten oder beabsichtigt?

ja nein

8. Wie wurde behandelt?

9. Haben Sie jetzt noch Beschwerden?

ja nein

Welche?

10. Ist der Krankheitszustand operativ zu beheben?

ja nein

11. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

12. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

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

ja nein

14. Besteht eine Hörgeräteversorgung oder ist diese angeraten oder empfohlen?

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