

Zusätzliche Erklärung über Augenerkrankungen

Versicherungsnummer _____
Versicherungsnehmer _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum _____

Seit wann besteht die Augenerkrankung? _____

Welche Beschwerden liegen vor? _____

Wenn ja, wie häufig treten die Anfälle auf? rechts links beiden

Welcher Arzt hat die Behandlung durchgeführt? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann? _____

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? _____

Wurden Sie operiert? nein ja

Wenn ja, wann? _____

An welchem Auge? rechts links beiden

Was ist die Ursache für die Augenerkrankung? _____
(z. B. Diabetes, Bluthochdruck)

Ist Ihnen die Dioptrinzahl und der Augeninnendruck bekannt? nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte die Werte an: _____

Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war dieser Arztbesuch? _____

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? _____

Welche Behandlungen

- werden jetzt durchgeführt? _____

- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

Welche Medikamente sind erforderlich? _____
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter