

Zusätzliche Erklärung über Nierenerkrankung

Versicherungsnummer
Versicherungsnehmer

Versicherte Person:

Fragen:	Antworten: (Bitte alle Fragen beantworten)														
1. Seit wann leiden Sie an a) Nierenentzündung b) Nierensteinen	<table style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> a) <table style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> b)	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr					
Tag	Monat	Jahr													
Tag	Monat	Jahr													
2. Welcher Arzt hat die Behandlung durchgeführt? (Bitte Name und Anschrift angeben) Wann?	<table style="margin-left: 100px;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr													
3. Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt?															
4. Wurde der Stein a) entfernt oder b) ist er auf natürlichem Wege abgegangen? Wenn ja, wann war dies?	<table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td>nein</td> <td><input type="checkbox"/></td><td>ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td>nein</td> <td><input type="checkbox"/></td><td>ja</td> </tr> </table> <table style="margin-left: 100px; margin-top: 5px;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	Tag	Monat	Jahr			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja												
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja												
Tag	Monat	Jahr													
5. Sind Sie operiert worden? a) Wenn ja, wann und wo? (Bitte Datum und Adresse angeben) b) Weshalb?	<table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td>nein</td> <td><input type="checkbox"/></td><td>ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja										
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja												
6. Wurde eine Niere entfernt? a) Ist die andere Niere frei von Konkrementen und voll funktionsfähig? b) Bestehen in der anderen Niere Konkreme und/ oder ist sie nur beschränkt funktionsfähig?															
7. Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? (Bitte Name und Anschrift angeben)															
8. Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? Welche Befunde wurden erhoben?															
9. Seit wann sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?	<table style="margin-left: 100px;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr													
10. Welche Behandlungen a) werden jetzt durchgeführt? b) Sind zu erwarten bzw. vorgesehen?															

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

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)
der versicherten Person ab dem 16. Lebensjahr. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter