

Zusätzliche Erklärung über Ohrenerkrankungen

Versicherungsnummer
Versicherungsnehmer

Versicherte Person:

Fragen:	Antworten: (Bitte alle Fragen beantworten)								
<p>1. Seit wann besteht die Ohrenerkrankung?</p> <p>a) Welche Beschwerden liegen vor?</p> <p>b) An welchem Ohr?</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>Tag</th> <th>Monat</th> <th>Jahr</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beide</p>	Tag	Monat	Jahr					
Tag	Monat	Jahr							
<p>2. Welcher Arzt hat die Behandlung durchgeführt? (Bitte Name und Anschrift angeben)</p> <p>Wann?</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <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							
<p>3. Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? (Wenn nicht bekannt, bitte erfragen)</p>									
<p>4. Wurden die Ohren operiert?</p> <p>Wenn ja, wann?</p> <p>Wo? (bitte Anschrift des Krankenhauses angeben)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <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							
<p>5. Welche Beschwerden oder Folgen sind zurückgeblieben?</p>									
<p>6. Besteht noch</p> <p>a) ein Defekt (Loch, Perforation) des Trommelfells?</p> <p>b) Ohrenfluss?</p> <p>c) Drehschwindel?</p> <p>d) Schwerhörigkeit (auf welchem Ohr)</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> <td><input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beide</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beide
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja								
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja								
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja								
<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beide								
<p>7. Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? (Bitte Name und Anschrift angeben)</p> <p>Wann war dieser Arztbesuch?</p> <p>Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt?</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <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							
<p>8. Ist die Erkrankung vollkommen ausgeheilt?</p>									
<p>9. Seit wann sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <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							
<p>10. Welche Behandlungen</p> <p>a) werden jetzt durchgeführt?</p> <p>b) Sind zu erwarten bzw. vorgesehen?</p>									

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