

Zusatzklärung zum Krankenversicherungsantrag



Gehörerkrankungen

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Antrag vom:

Name, Vorname
des Antragstellers:

Anschrift:

Person:

Vers.-Nr.:

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

2. Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?
(z. B. Hörstörung, Ohrgeräusche)

3. Wann und wie kam es zu der Gehörerkrankung?

4. Wird ein Hörgerät getragen? ja nein

5. Besteht eine Durchlöcherung des
Trommelfells? ja nein

6. Ist der Hörnerv noch intakt? ja nein

7. Sind Schwindelanfälle aufgetreten? ja nein
- Wenn ja, wann zuletzt?

8. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?

9. Wie wurde behandelt?

10. Bestehen jetzt noch Beschwerden?
 nein - Seit wann nicht mehr?
 ja - Welche?

11. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?
(z. B. Hörgeräteversorgung, Cochlea-Implantat)

12. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

**Hat sich der Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) seit der Antragstellung geändert?
Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an.**

Ort, Datum

Unterschrift