

Selbstauskunft C 05 wegen

Ohrenerkrankungen

Vers.-Nr.: _____ Kdn.-Nr.: _____

Name: _____ Geb.datum: _____

Mit dieser Selbstauskunft wollen wir uns zusätzliche Informationen zu den gemachten Angaben im Antrag beschaffen, damit wir kurzfristig ein individuelles Angebot unterbreiten können. Genaue Angaben ersparen Rückfragen. Manchmal hilft ein Telefonat mit dem Arzt / Therapeuten bei der Beantwortung der Fragen.

- 1.) Wie lautet die genaue Diagnose? _____
Genaue Angaben ersparen Rückfragen!
- 2.) Welche Beschwerden lagen / liegen vor?
(z.B. Tinnitus, Hörsturz oder Hörverlust) _____
- 3.) Welches Ohr ist betroffen? Rechts Links Beidseits
- 3.a) Beginn und Ende der Beschwerden?
(mindestens Monat und Jahr bzw. laufend, wenn noch Beschwerden bestehen) _____
Genaue Angaben ersparen Rückfragen!
- 3.b) Wie häufig und in welchen Abständen sind die Beschwerden aufgetreten?
(mindestens Monat und Jahr bzw. Angabe laufend, wenn noch Beschwerden bestehen) _____
- 4.) Welche Behandlungen finden / fanden statt?
(z.B.: Welche Medikamente und Häufigkeit der Einnahme, stationär, Operation) _____
- 4.a) Beginn und Ende der Behandlung? _____
- 5.) Kennen Sie die Ursache der Erkrankung? Ja Nein
- 5.a) Wenn ja, welche? _____
- 5.b) Liegt eine Hörminderung vor? Ja Nein
- 5.c) *Wenn ja, legen Sie bitte ein aktuelles Tonaudiogramm bei (nicht älter als sechs Monate).*
- 5.d) Wird eine Hörhilfe getragen? Ja Nein
- 5.e) Der Krankheitsverlauf ist stabil fortschreitend
- 6.) Lag eine Arbeitsunfähigkeit vor? Ja Nein
- 6.a) Wenn ja, wie lange? (von - bis) _____
- 7.) Welcher Arzt / Therapeut könnte Auskunft erteilen? (Bitte Name und Anschrift) _____
- 8.) Sind weitere Maßnahmen angeraten oder empfohlen? (z.B.: Operation, Kur, Kontrolle) Ja Nein
- 8.a) Wenn ja, welche? _____
- 9.) Weshalb und wann fand der letzte Arzt- / Therapeutenbesuch statt? _____

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sind. Mir ist bewusst, dass fehlerhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller und mitzuversichernde Person (über 16 Jahre)