

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Frauenleiden

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		Zu versichernde Person:	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	
1. Allgemeine Angaben: Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg 2. Wie lautet die exakte Diagnose? <input type="checkbox"/> Gebärmutterhalskrebs <input type="checkbox"/> Myom <input type="checkbox"/> Ovarialzyste <input type="checkbox"/> HPV-Werte außerhalb des Normalbereiches (bitte zytologischen Befund mit einreichen) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ 3. Welche Beschwerden traten auf? <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ 4. Wurden Brust, Gebärmutter oder Eierstöcke entfernt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nähere Angaben: _____ 5. Wurden Sie mit Röntgen- oder Radiumstrahlen behandelt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 6. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf? Datum: _____ (mindestens MM/JJJJ)		7. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei) <input type="checkbox"/> Medikation: Name: _____ Dosierung: _____ Einnahme seit: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> Untersuchungen: Welche: _____ Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ 8. Fand eine stationäre Behandlung statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> OP angeraten wann: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ 9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ 10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____ 11. Besteht Behandlungsfreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ 12. Besteht Beschwerdefreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____	

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre