

ALTE OLDENBURGER  
Krankenversicherung AG  
Postfach 1363  
49362 Vechta

Vechta,  
Vorgangs-Nr.:  
**Selbstauskunft**  
**Harn- und Nierenerkrankung**

### Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

| Antragsteller/Versicherungsnehmer:   |             | Zu versichernde Person:  |             |
|--|-------------|--|-------------|
| Vorname/Name   | geboren am: | Vorname/Name   | geboren am: |
| Anschrift:   |             | Anschrift:   |             |
| <p><b>1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?</b></p> <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt<br><input type="checkbox"/> Prostatitis<br><input type="checkbox"/> Nierenentzündung<br><input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz<br><input type="checkbox"/> Einnierigkeit<br><input type="checkbox"/> Kolik<br><input type="checkbox"/> Blasenentzündung<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |             | <p><b>7. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Medikation:</b> Name: _____<br>Dosierung: _____<br>Einnahme seit: _____<br><input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft |             |
| <p><b>2. Liegt eine Nierenschädigung vor?</b></p> <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja Umfang: _____   |             | <input type="checkbox"/> <b>Untersuchungen:</b><br>Welche: _____<br>Ergebnis: _____  |             |
| <p><b>3. Wurde Ihr Blutdruck gemessen?</b></p> <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, Welche Werte: _____   |             | <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b> _____   |             |
| <p><b>4. Sind Steine aufgetreten?</b></p> <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann: _____ (MM/JJJJ)<br>Wo: _____<br>Entfernt: _____ (MM/JJJJ)  |             | <p><b>8. Fand eine stationäre Behandlung statt?</b></p> <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____<br><input type="checkbox"/> OP angeraten wann: _____ Art: _____<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                    |             |
| <p><b>5. Sind jetzt noch Steine feststellbar?</b></p> <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja Nähere Angaben: _____   |             | <p><b>9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?</b></p> <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____<br><input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                    |             |
| <p><b>6. Wann fand die letzte Untersuchung des Urins statt?</b></p> Datum: _____ (MM/JJJJ)<br>Ergebnis: _____  |             | <p><b>10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?</b></p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____  |             |
|  |             | <p><b>11. Besteht Behandlungsfreiheit?</b></p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____  |             |
|  |             | <p><b>12. Besteht Beschwerdefreiheit?</b></p> <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