

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Augenerkrankungen

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Welche Augenerkrankung besteht oder bestand?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit | <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit |
| <input type="checkbox"/> grauer Star/ Katarakt | <input type="checkbox"/> grüner Star/ Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Farbsinnstörung | <input type="checkbox"/> Sehnerventzündung |
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> Gesichtsfeldeinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Netzhautablösung | <input type="checkbox"/> Schielen/ Strabismus |
| <input type="checkbox"/> unfallbedingte Seheinschränkung | <input type="checkbox"/> trockene Augen |
| <input type="checkbox"/> Hornhautverkrümmung – mit Verformung der Hornhaut (Keratokonus)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Retinopathie/ Augenhintergrundveränderung (z. B. durch Diabetes mellitus, Bluthochdruck) | |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ | |

3. Welches Auge ist betroffen? rechts links beidseits

4. Welche Werte wurden ermittelt? (Bitte ggf. beim Arzt/ Optiker erfragen oder eine Kopie des Brillenpasses einreichen!)

Dioptrien: rechts: _____ dpt links: _____ dpt
Augeninnendruck: Wann? _____ rechts: _____ mmHg links: _____ mmHg

5. Wann und wie oft tritt bzw. trat die Erkrankung/ Sehstörung auf?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> einmalig | Wann? _____ (Monat/ Jahr) |
| | Dauer _____ (Tage/ Wochen) |
| <input type="checkbox"/> mehrfach | Wie oft? _____ |
| | Wann erstmalig? _____ (Monat/ Jahr) |
| | Dauer _____ (Tage/ Wochen) |
| | Wann zuletzt? _____ (Monat/ Jahr) |
| | Dauer _____ (Tage/ Wochen) |
| <input type="checkbox"/> fortwährend | Seit wann? _____ (Monat/ Jahr) |

6. Wie wird oder wurde die Augenerkrankung/ Sehstörung behandelt?

- Korrektur mit Brille/ Kontaktlinsen
 Augentropfen, welche? (Präparatename) _____
 weitere Medikamente, welche? (Präparatename) _____
 Operation durchgeführt welche? _____ Wann? _____ (Mo-
 nat/Jahr)
 Laserbehandlung rechts Wann? _____ (Monat/Jahr)
 links Wann? _____ (Monat/Jahr)
 Hornhauttransplantation rechts Wann? _____ (Monat/Jahr)
 links Wann? _____ (Monat/Jahr)

D522222

7. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

- Hausarzt Augenfacharzt Heilpraktiker sonstige: _____

Name, vollständige Anschrift: _____

8. Waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum)
 _____ (Datum/ Zeitraum)

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige 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 der zu versichernden Person über 16 Jahre
 (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)