

Antwort

Absender

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

D522222

Selbstauskunft Erkrankungen der Ohren

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Wie lautet die genaue Diagnose der Ohrenerkrankung(en)? (ggf. auch Mehrfachnennungen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hörsturz | <input type="checkbox"/> Akustikusneurinom | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Morbus Meniere | <input type="checkbox"/> Knalltrauma/ Lärmschaden |
| <input type="checkbox"/> Hörminderung | <input type="checkbox"/> Lagerungsschwindel | <input type="checkbox"/> Trommelfellverletzung |
| <input type="checkbox"/> Cholesteatom (chronische Mittelohrentzündung) | | <input type="checkbox"/> Otosklerose |
| <input type="checkbox"/> Paukenerguss: | <input type="checkbox"/> Paukenröhrchen vorhanden | <input type="checkbox"/> Paukendrainage |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ | | |

Welches Ohr ist betroffen? linkes Ohr rechtes Ohr beide Ohren

3. Ist die Erkrankung

- angeboren unfallbedingt unbekannter Ursache
 Folge einer anderen Erkrankung/ Störung (z. B. psychische Erkrankung, Mumps)
 Welche: _____

4. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden

- Einmalig? Wann? _____ (Monat/ Jahr) Dauer: _____
 Wiederholt? Wann jeweils? _____ (Monat/ Jahr)
Wann zuletzt? _____ (Monat/ Jahr)
 Dauerhaft? Seit wann? _____ (Monat/ Jahr)

5. Besteht/ bestand eine Hörminderung (bitte Kopie vom Hörtest beilegen)?

- nein ja, Wann? _____ (Monat/ Jahr) Dauer: _____
 dauerhafte Hörminderung

6. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden behandelt?

- keine Behandlung
 Medikament(e), Präparatename(n): _____
 Operation durchgeführt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Was wurde gemacht? _____
 Operation angeden bzw. geplant, für wann? _____ (Monat/ Jahr)
 stationärer Aufenthalt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Infusionstherapie
 Hörgerät linkes Ohr rechtes Ohr beide Ohren

D522222

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

- Hausarzt HNO-Arzt Neurologe Orthopäde 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)