

Antwort

Absender

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

D522222

Selbstauskunft Gynäkologie/ Frauenheilkunde

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Welche Erkrankungen bzw. Beschwerden bestehen/ bestanden?

Im Bereich der weiblichen Brust:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brustdrüsenentzündung | <input type="checkbox"/> Mastopathie |
| <input type="checkbox"/> Milchgangpapillom | <input type="checkbox"/> Brustzysten |
| <input type="checkbox"/> Fibroadenom(e) | <input type="checkbox"/> Fehlbildungen der Brust, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor(e) | <input type="checkbox"/> sonstige, welche: _____ |

- Brustimplantate: in Deutschland eingesetzt im Ausland eingesetzt, wo: _____
Wann wurden diese eingesetzt?: _____ (Monat/Jahr)
Wie viel Material wurde verwendet?: links _____ (ml) rechts _____ (ml)
Welches Material wurde verwendet?: _____
Haben Sie Beschwerden durch die Implantate? nein ja

Im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HPV-Infektion | <input type="checkbox"/> Endometriose |
| Ergebnis letzter PAP Abstrich _____ | <input type="checkbox"/> Hormonstörungen, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Verwachsungen | <input type="checkbox"/> Myome |
| <input type="checkbox"/> Eierstockzyste | <input type="checkbox"/> Eileiterentzündung |
| <input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft | <input type="checkbox"/> Condylome (Feigwarzen) |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutterentzündung | <input type="checkbox"/> Pilzinfektion(en) |
| <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Regelschmerzen | <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit, Ursache: _____ |
| <input type="checkbox"/> Eisenmangel | <input type="checkbox"/> Tumor(e) |
| <input type="checkbox"/> prämenstruelles Syndrom | <input type="checkbox"/> Lichen sclerosus |
| <input type="checkbox"/> polyzystisches Ovarialsyndrom | <input type="checkbox"/> sonstige, welche: _____ |

3. Wurde eine bösartige Erkrankung (Krebs) festgestellt?

- nein ja, im Bereich der Brüste Eierstöcke Gebärmutter Gebärmutterhals
 sonstige, wo? _____

Wann wurde die Diagnose gestellt? _____ (Monat/Jahr)

Wann wurde die letzte Nachsorgeuntersuchung durchgeführt? _____ (Monat/Jahr)

Bitte reichen Sie die Kopien der Befundberichte mit ein!

4. Wie äußern sich die Beschwerden?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Blutungen |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Zyklusbeschwerden | <input type="checkbox"/> Haar- und Hautprobleme |
| <input type="checkbox"/> Entzündungen | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche: _____ | | |

D522222

5. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

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

6. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?

- keine Behandlung
- Medikament(e), Präparatename(n): _____
- Operation durchgeführt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Name/ Anschrift des Krankenhauses: _____
- Operation angedacht bzw. geplant, für wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Strahlen-, Chemotherapie
- Konisation: Wann? _____ (Monat/ Jahr) PAP-Befund/Abstrich/HPV Status? _____
- Ausschabung: Wann? _____ (Monat/ Jahr) Weshalb? _____

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

- Hausarzt Gynäkologe Onkologe 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)