

Antwort

Absender

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

D522222

Selbstauskunft Häufige Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen für _____ geb. am _____

1. Allgemeine Angaben

Größe _____ cm Gewicht _____ kg gemessen am: _____

geboren vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche
 Schwangerschaftswoche _____ Geburtsgewicht _____ g

geboren nach der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche

Ist der Impfstatus vollständig? ja nein

* = Bitte reichen Sie einen Ausdruck der Patientenkartei vom Kinderarzt ein und die vorliegenden Befund- und Krankenhausentlassungsbericht(e).

2. Welche Erkrankung(en) oder Beschwerden bestehen/ bestanden?

2.1 Infektionskrankheiten nein ja

<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Hand-Fuss-Mund-Krankheit
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Ringelröteln	<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> Neugeborenen-Gelbsucht
<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> RS-Virus	<input type="checkbox"/> Neugeborenen-Infektion
<input type="checkbox"/> Dreitagefieber	<input type="checkbox"/> Windelsoor		

sonstige Infektionskrankheit(en): _____

Wann bestand diese Erkrankung? _____ (Monat, Jahr)

Ist diese folgenlos ausgeheilt? ja nein, es bestehen Folgen: _____

2.2 Erkrankungen der Atemwege nein ja

Asthma bronchiale*: allergisch nicht allergisch

Belastungs- oder Anstrengungsasthma Hyperreagibles Bronchialsystem

Bronchitis: chronisch akut bei Infekten einmalig und folgenlos _____ (Monat/ Jahr)

Lungenentzündung: Datum: _____ (Monat/ Jahr) mehrfach einmalig und folgenlos

Pseudokrupp: Datum letzter Anfall: _____ (Monat/ Jahr)

Mandelentzündung: chronisch mehrfach einmalig und folgenlos _____ (Monat/ Jahr)

 Wurden die Mandeln bereits operativ entfernt? nein ja, wann _____ (Monat/ Jahr)

respiratorische Anpassungsstörung (Atemnotsyndrom nach der Geburt) *

sonstige Erkrankung(en) der Atemwege: _____

2.3 Erkrankungen der Ohren nein ja

<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung: <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> mehrfach <input type="checkbox"/> einmalig und folgenlos _____ (Monat/ Jahr) <input type="checkbox"/> Paukenerguss: <input type="checkbox"/> Paukenröhrchen vorhanden <input type="checkbox"/> Paukendrainage <input type="checkbox"/> Hörminderung * <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) der Ohren: _____	D522222
Welches Ohr ist betroffen? <input type="checkbox"/> linkes Ohr <input type="checkbox"/> rechtes Ohr <input type="checkbox"/> beide Ohren	

2.4 Erkrankungen der Haut nein ja

<input type="checkbox"/> Neugeborenen-Akne <input type="checkbox"/> Neugeborenen-Ekzem * <input type="checkbox"/> Hämangiom(e): Anzahl: _____ ungefähre Größe in mm: _____ Körperregion: _____ vollständig zurückgebildet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Feuermal/ Storchenbiss: Anzahl: _____ ungefähre Größe in mm: _____ Körperregion: _____ vollständig zurückgebildet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> seborrhoisches Ekzem (Hautausschlag Kopfhaut/ Gesicht mit Schuppungen) Körperregion: _____ vollständig zurückgebildet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Neurodermitis *: <input type="checkbox"/> im Gesicht <input type="checkbox"/> an den Händen <input type="checkbox"/> am ganzen Körper <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) der Haut: _____

2.5 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nein ja

<input type="checkbox"/> Muskelhypotonie/ Tonusasymmetrie <input type="checkbox"/> Schädelasymmetrie/ Kopfdeformität(en) <input type="checkbox"/> KISS-Syndrom wann: _____ (Monat/ Jahr) Ist dieses folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgen: _____ <input type="checkbox"/> Hüftschnupfen wann: _____ (Monat/ Jahr) Ist dieser folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgen: _____ <input type="checkbox"/> Hüftreifungsverzögerung / Hüftdysplasie (Bitte reichen Sie die Befundberichte ein inklusive Hüftsonografie(en).) <input type="checkbox"/> Morbus Perthes (Hüftkopfnekrose) <input type="checkbox"/> Epiphysenfugenlösung: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Radiusköpfchen-Subluxation: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mehrfach <input type="checkbox"/> einmalig und folgenlos, wann _____ (Monat/ Jahr) <input type="checkbox"/> Polydaktylie (zusätzlich angelegte Finger/ Zehen): <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Fuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Syndaktylie (zusammengewachsene Finger/ Zehen): <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Fuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Fußdeformitäten (z. B. Knick-Senk-Spreiz- oder Plattfüße): <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits mit Einlagenversorgung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) des Muskel-Skelett-Systems: _____

2.6 Erkrankungen des Herzens nein ja

<input type="checkbox"/> Systolikum (systolisches Herzgeräusch) <input type="checkbox"/> persistierendes Foramen ovale (PFO) <input type="checkbox"/> Vorhofseptumdefekt (ASD) <input type="checkbox"/> Ventrikelseptumdefekt (VSD) <input type="checkbox"/> Pulmonalstenose <input type="checkbox"/> Aortenstenose <input type="checkbox"/> Fallot-Tetralogie (TOF) <input type="checkbox"/> Transposition der großen Arterien (TGA) <input type="checkbox"/> Kawasaki-Syndrom <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) des Herzens: _____	Bitte reichen Sie alle kardiologischen Befundberichte mit ein.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

2.7 Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane nein ja

Hodenhochstand links rechts beidseits
 bereits abgesenkt, wann: _____ (Monat/ Jahr)

Phimose (Vorhautverengung):
Ist diese folgenlos ausgeheilt? ja nein, es bestehen Folgen: _____

Hydrozele (Wasserbruch): vollständig zurückgebildet ja nein

Labiänsynechie (Verklebung Schamlippen):
Ist diese folgenlos ausgeheilt? ja nein, es bestehen Folgen: _____

Hydronephrose (Erweiterung Nierenbecken, Nierenkelch oder Harnleiter)

Harnwegsinfektion(en): Datum: _____ (Monat/ Jahr) mehrfach einmalig und folgenlos

Enuresis (Einnässen) *

Einzelniere: von Geburt an Entfernung wegen _____
Ist die verbliebene Niere voll funktionionsfähig? ja
 nein, es bestehen Folgen: _____

Leistenhernie:
Ist dieser folgenlos ausgeheilt? ja nein, es bestehen Folgen: _____

sonstige Erkrankung(en) der Harn- und Geschlechtsorgane: _____

D522222

2.8 Probleme in der Entwicklung und Kompetenzen nein ja

Sprachentwicklungsverzögerung *

motorische Entwicklungsverzögerung *

Konzentrationsschwäche *

ADS/ ADHS

Legasthenie/ Dyskalkulie *

sonstige Erkrankung(en)/ Beschwerden: _____

2.9 Weitere Erkrankungen nein ja

Bindehautentzündung mehrfach einmalig und folgenlos, wann _____ (Monat/ Jahr)

Blinddarmentzündung einmalig und folgenlos, wann _____ (Monat/ Jahr)
Wurde der Wurmfortsatz (Blinddarm) bereits operativ entfernt? nein
 ja, wann _____ (Monat/ Jahr)

Epilepsie

Fieberkrampf *

Gastroenteritis: chronisch mehrfach einmalig und folgenlos, wann _____ (Monat/ Jahr)

Kopfschmerzen/ Migräne: mehr als 1x im Monat * weniger als 1x im Monat

Nabelbruch/ Nabelhernie:
Ist dieser folgenlos ausgeheilt? ja nein, es bestehen Folgen: _____

Obstipation (Verstopfung)

Tränenangstenose:
Ist diese folgenlos ausgeheilt? ja nein, es bestehen Folgen: _____

Wachstumshormonmangel *

3. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?

- keine Behandlung
- Physikalische Maßnahmen (z. B. Krankengymnastik)
 Welche? _____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)
 Behandlung abgeschlossen ja nein
- Medikament(e), Präparatename(n): _____
 Akutbehandlung Dauertherapie
- Operation durchgeführt: Welche? _____
 Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Name/ Anschrift des Krankenhauses: _____
- Operation angedacht bzw. geplant, für wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Sonstige, welche? _____
 Wann? _____ (Monat/ Jahr)

D522222

4. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten ist/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

- Kinderarzt Orthopäde Kardiologe Heilpraktiker Osteopath Psychologe
- sonstige: _____

Name, vollständige Anschrift: _____

Diese Selbstausskunft 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)