

Antwort

Absender

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

D522222

Selbstauskunft Hormon- und Stoffwechselerkrankungen

für _____ geb. am _____

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

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypertriglyzeridämie: | <input type="checkbox"/> primär (familiär) | <input type="checkbox"/> sekundär |
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie: | <input type="checkbox"/> primär (familiär) | <input type="checkbox"/> sekundär |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie | <input type="checkbox"/> Gicht | |
| <input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom | <input type="checkbox"/> Morbus Cushing | |
| <input type="checkbox"/> Conn-Syndrom | <input type="checkbox"/> Morbus Addison | |
| <input type="checkbox"/> Porphyrie | <input type="checkbox"/> Hirsutismus | |
| <input type="checkbox"/> Phenylketonurie | <input type="checkbox"/> Amyloidose | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> polyzystisches Ovarialsyndrom | |
| <input type="checkbox"/> Mukoviszidose | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | |
| <input type="checkbox"/> Speicherkrankheit: Welche? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber-/ Unterfunktion, Autoimmunthyreoiditis, Morbus Basedow
(Bitte Fragebogen Schilddrüsenerkrankungen ausfüllen.) | | |
| <input type="checkbox"/> Akromegalie, Wachstumshormonmangel
(Bitte Fragebogen Hoch- und Minderwuchs ausfüllen.) | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ | | |

2. Bitte nennen Sie uns die Ursache für die Beschwerden.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> familiär bedingt |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörung | <input type="checkbox"/> Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> Genussgifte (z. B. Alkohol, Nikotin, Kaffee) |
| <input type="checkbox"/> Gendefekt | <input type="checkbox"/> Folge einer anderen Erkrankung, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ | |

3. Bitte teilen Sie uns die Ergebnisse der letzten Laboruntersuchung mit (ggf. beim Arzt erfragen) oder legen Sie das Laborblatt bei:

Datum: _____

HDL: _____ mg/dl	Harnsäure: _____ mg/dl	Blutzuckerwert: _____
LDL: _____ mg/dl	GOT: _____ U/l	HbA1c: _____
Cholesterin: _____ mg/dl	GPT: _____ U/l	
Triglyceride: _____ mg/dl	Gamma-GT: _____ mg/dl	

4. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

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

D522222

5. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?

- keine Behandlung
- ärztlich begleitete Ernährungsberatung/ Ernährungstherapie
- Hormonbehandlung von _____ (Monat/ Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr)
- Medikament(e), Präparatename(n): _____
 Akutbehandlung Dauertherapie
- Operation durchgeführt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
Name/ Anschrift des Krankenhauses: _____
- Operation angedacht bzw. geplant, für wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Sonstige Behandlung: _____
Wann? _____ (Monat/ Jahr)

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

- Hausarzt Internist Endokrinologe Heilpraktiker
- sonstige: _____

Name, vollständige Anschrift: _____

7. 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) _____