

Antwort

Absender

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

D522222

Selbstauskunft Urologie/ Männerheilkunde

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Phimose | <input type="checkbox"/> Hypospadie |
| <input type="checkbox"/> Balanitis (Entzündung der Eichel) | <input type="checkbox"/> Penisbruch |
| <input type="checkbox"/> Vasektomie | <input type="checkbox"/> Penisverkrümmung |
| <input type="checkbox"/> Hodenentzündung | <input type="checkbox"/> Hodenhochstand |
| <input type="checkbox"/> Nebenhodenentzündung | <input type="checkbox"/> Hodentorsion |
| <input type="checkbox"/> Hydrozele | <input type="checkbox"/> Spermatozele |
| <input type="checkbox"/> Prostataentzündung | <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung |
| <input type="checkbox"/> erektile Dysfunktion | <input type="checkbox"/> Testosteronmangel |
| <input type="checkbox"/> Klinefelter-Syndrom | <input type="checkbox"/> Infertilität (Unfruchtbarkeit), falls bekannt Ursache: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor(e) | <input type="checkbox"/> Alopezie |
| <input type="checkbox"/> Lichen sclerosus | <input type="checkbox"/> Kondylome (Condylomata acuminata) |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ | |

3. Wurde eine bösartige Erkrankung (Krebs) festgestellt?

- nein
- ja, im Bereich des Penis der Hoden der Prostata 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 oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

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

5. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?

- keine Behandlung
 Medikament(e), Präparatename(n): _____
 Operation durchgeführt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Name/ Anschrift des Krankenhauses: _____
 Operation angeraten bzw. geplant, für wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Sonstige, welche? _____
 Wann? _____ (Monat/ Jahr)

D522222

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

- Hausarzt Urologe Androloge Onkologe 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)