

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Augenerkrankungen

VD522203

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		Zu versichernde Person:	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	
1. Dioptrienwerte: Rechtes Auge: _____ dpt, Linkes Auge: _____ dpt 2. Bitte notieren Sie die Ergebnisse der letzten Augendruckmessung Rechtes Auge: _____ mmHg, Linkes Auge: _____ mmHg 3. Wie lautet die exakte Diagnose? <input type="checkbox"/> grauer Star <input type="checkbox"/> Netzhautablösung/Netzhautveränderungen <input type="checkbox"/> grüner Star <input type="checkbox"/> Keratokonus <input type="checkbox"/> Augentumor <input type="checkbox"/> Astigmatismus <input type="checkbox"/> Entzündung Wo genau: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ 4. Wann trat die Erkrankung erstmalig auf? Datum: _____ (mindestens MM/JJJJ) 5. Welche/s Auge/n ist/sind betroffen? <input type="checkbox"/> rechtes Auge <input type="checkbox"/> linkes Auge <input type="checkbox"/> beide Augen Bei nur einem betroffenen Auge: Wie ist der Zustand des "gesunden" Auges? _____ _____		8. Fanden ambulante Behandlungen statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von: _____ bis: _____ 9. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei) <input type="checkbox"/> Medikation: Name: _____ Dosierung: _____ Einnahme seit: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> Untersuchungen: (Tonometrie, Ophthalmoskopie, Visusprüfung) Welche: _____ Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
6. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde? <input type="checkbox"/> allergische Reaktion <input type="checkbox"/> angeborener Fehler <input type="checkbox"/> Entzündung <input type="checkbox"/> Verletzung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ 7. Welche Beschwerden bestehen aufgrund der Diagnose? <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit <input type="checkbox"/> Gesichtsfeldeinschränkung <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____		10. Fand eine stationäre Behandlung statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> OP angeraten wann: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ 11. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
		12. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____ 13. Besteht Behandlungsfreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ 14. Besteht Beschwerdefreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____	

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.