

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Harn- und
Nierenerkrankung

VD522203

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

| Antragsteller/Versicherungsnehmer: | | Zu versichernde Person: | |
|---|-------------|---|-------------|
| Vorname/Name | geboren am: | Vorname/Name | geboren am: |
| Anschrift: | | Anschrift: | |
| <p>1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?</p> <p><input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/> Prostatitis <input type="checkbox"/> Nierenentzündung <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Einnierigkeit <input type="checkbox"/> Kolik <input type="checkbox"/> Blasenentzündung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>2. Liegt eine Nierenschädigung vor?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Umfang: _____</p> <p>3. Wurde Ihr Blutdruck gemessen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Welche Werte: _____</p> <p>4. Sind Steine aufgetreten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann: _____ (MM/JJJJ) Wo: _____ Entfernt: _____ (MM/JJJJ)</p> <p>5. Sind jetzt noch Steine feststellbar?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nähere Angaben: _____</p> <p>6. Wann fand die letzte Untersuchung des Urins statt?</p> <p>Datum: _____ (MM/JJJJ) Ergebnis: _____</p> | | <p>7. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)</p> <p><input type="checkbox"/> Medikation: Name: _____ Dosierung: _____ Einnahme seit: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft</p> <p><input type="checkbox"/> Untersuchungen:</p> <p>Welche: _____ Ergebnis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>8. Fand eine stationäre Behandlung statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> OP angeratenwann: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____</p> <p>11. Besteht Behandlungsfreiheit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p> <p>12. Besteht Beschwerdefreiheit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p> | |

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre