ALTE OLDENBURGER

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.: VD522203

Selbstauskunft
Ohrenerkrankungen

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		**Zu versichernde Person:**	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

- ☐ Taubheit ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
- ☐ Schwerhörigkeit ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
- ☐ Tinnitus ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
- ☐ Hörsturz ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
- ☐ Morbus Menière ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
- ☐ Otosklerose ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
- ☐ Mittelohrentzündung ☐ akut ☐ chronisch
- ☐ Sonstiges: _____

2. Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

Datum: _____ (mindestens MM/JJJJ)

3. Welche Beschwerden bestehen aufgrund der Diagnose?

- ☐ Ohrenschmerzen Zeitraum: _____
  letzmalig aufgetreten: _____
- ☐ Ohrenfluss Zeitraum: _____
  letzmalig aufgetreten: _____
- ☐ Ohrenpfropf Zeitraum: _____
  letzmalig aufgetreten: _____
- ☐ Ohrengeräusche Zeitraum: _____
  letzmalig aufgetreten: _____
- ☐ Schwindel Zeitraum: _____
  letzmalig aufgetreten: _____
- ☐ Sonstiges: _____

4. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?

☐ Infektion ☐ Stress ☐ neurologischer Hintergrund
☐ Sonstiges: _____

5. Ist das Hörvermögen gemindert?

☐ nein ☐ ja, Ergebnis der Audiometrie: _____

6. Wird ein Hörgerät getragen bzw. ist angeraten?

☐ nein ☐ ja

7. Nur auszufüllen, wenn Frage 6 mit "Ja" beantw. wurde:

Auf welcher Seite wird ein Hörgerät getragen? ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
Wann wurde das Hörgerät verordnet: Datum: _____ (mindest. MM/JJJJ)

8. Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells?

☐ nein ☐ ja

9. Ist der Hörnerv noch intakt? ☐ nein ☐ ja

10. Fanden ambulante Behandlungen statt?

☐ nein ☐ ja von: _____ bis: _____

11. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)

☐ **Medikation:** Name: _____
Dosierung: _____
Einnahme seit: _____
☐ abgeschlossen ☐ dauerhaft

☐ **Untersuchungen (Tonometrie, Ophtalmoskopie)**

Welche: _____ Ergebnis: _____

☐ **Sonstiges:** _____

12. Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ nein
☐ ja ☐ OP Datum d. OP: _____ Art: _____
☐ OP angeratenwann: _____ Art: _____
☐ Sonstiges: _____

13. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

☐ nein
☐ ja ☐ Aufenthalt von: _____ bis: _____
☐ Aufenthalt angeraten _____
☐ Sonstiges: _____

14. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

☐ nein ☐ ja, von: _____ bis: _____

15. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit: _____

16. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ nein ☐ 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.

Ort, Datum

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

Theodor-Heuss-Str. 96
49377 Vechta
Telefon 0 44 41 / 905 – 0
Telefax 0 44 41 / 905 – 470
info@alte-oldenburger.de
www.alte-oldenburger.de

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Vorstand: Manfred Schnieders (Vorsitzender) | Dr. Dietrich Vieregge
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Hermann Kasten HRB: Oldenburg 201539
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
Vorstand: Manfred Schnieders (Vorsitzender) | Dr. Dietrich Vieregge
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Georg Hake HRB: Oldenburg 110012