

Fragebogen Harnorgane

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

- männlich
 weiblich

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlussklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

Krankheiten

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> angeborenes Fehlen einer Niere | <input type="checkbox"/> Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> eingeschränkte Nierenfunktionen |
| <input type="checkbox"/> Verlust der Niere | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Nierenversagen |
| <input type="checkbox"/> Nierenfehlbildungen
(Bitte die genaue Form angeben) | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Glomerulonephritis |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Zystennieren | <input type="checkbox"/> Blut im Urin |
| <input type="checkbox"/> Eiweiß im Urin | | |
| <input type="checkbox"/> andere abweichende Urinbefunde (Welche)? | | |
| <input type="checkbox"/> Operation an den Nieren- und Harnwegen (Welche)? | | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen) | | |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte Erkrankung der Nieren und Harnwege (bitte diese hier angeben) | | |

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten**.

Genauere medizinische Diagnose _____

Beginn
(MM.JJJJ)

ggf. Ende
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden
und welcher Art?

Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja Welche? _____

Genauere medizinische Diagnose**Beginn**
(MM.JJJJ)**ggf. Ende**
(MM.JJJJ)Wie oft bestanden die Beschwerden
und welcher Art?Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja Welche? _____**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.****Blutdruck und
Laborwerte**Welche **Blutdruckwerte** wurden zuletzt bei Ihnen gemessen?

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

Sind Ihnen abweichende **Urinbefunde** bekannt? nein ja (Fotokopie ggf. beifügen)

	Befund	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)
Blut im Urin	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rote Blutkörperchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eiweiß	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstige	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt? nein ja (Fotokopie ggf. beifügen)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM.JJJJ) (ggf. ungefährer Zeitpunkt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Untersuchungen/
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** der Nieren- und Harnwege bzw. sind diese geplant?

- | | |
|---|---|
| 1. Funktionsmessungen Harnfluss (Uroflow u. ä.) | 6. Computertomographie (CT) |
| 2. Ultraschalluntersuchung | 7. Kernspin (MRT) |
| 3. Blasenspiegelung | 8. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 4. Röntgenuntersuchungen | 9. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 5. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden
(bitte diese hier angeben) | 10. Zertrümmerung von Nierensteinen |
| | 11. Operation (Welche?) |

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Befund/Maßnahme

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Befund/Maßnahme

Medikamente

Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM.JJJJ) **ggf. Einnahme Ende** (MM.JJJJ) **Dosis**

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM.JJJJ) **ggf. Einnahme Ende** (MM.JJJJ) **Dosis**

Arbeitsunfähig

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja

Diagnose _____

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____

Notarztbehandlung

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**?

nein ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben

Grund _____

Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren

Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur?**

Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Diagnose _____

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Diagnose _____

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Behandelnde Ärzte

Von **welchem Arzt oder Krankenhaus** wurden Sie wegen Ihrer **angegebenen** Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name und Anschrift _____

Zeitpunkt/Zeitraum welche Untersuchung

Zusätzliche Angaben

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**.
Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**)

alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

es folgen noch Angaben

zusätzliche Angaben sind beigelegt

Anzahl Extrablätter _____

Schlusserklärung und Unterschrift

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum _____

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters) _____