Untersuchungen/ Behandlungen Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** der Nieren- und Harnwege?

1. Funktionsmessungen Harnfluss (Uroflow u.ä.)	4. Röntgenuntersuchungen	7. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)
2. Ultraschalluntersuchung	5. Computertomographie (CT)	8. Gewebeentnahme (Biopsie)
3. Blasenspiegelung	6. Kernspin (MRT)	9. Zertrümmerung von Nierensteinen
		10. Operation (Welche?)

Sonstige hier nicht genannte Methode. Welche? Machen Sie bitte Angaben dazu! _____

Ziffer	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Befund / Behandlung	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

Geplante Untersuchungen/ Behandlungen Sind bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen geplant?**

1. Funktionsmessungen Harnfluss (Uroflow u.ä.)	4. Röntgenuntersuchungen	7. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)
2. Ultraschalluntersuchung	5. Computertomographie (CT)	8. Gewebeentnahme (Biopsie)
3. Blasenspiegelung	6. Kernspin (MRT)	9. Zertrümmerung von Nierensteinen
		10. Operation (Welche?)

Sonstige hier nicht genannte Methode. Welche? Machen Sie bitte Angaben dazu! _____

Ziffer	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Unter welchen Umständen soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?

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

Name des Medikaments	Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis

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

Diagnose	Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Notarztbehandlung Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein ja, ca. _____ Grund _____

Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren 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 (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

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

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person