

Fragebogen Niere, Harnwege und Harnblase

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Titel, Vorname, Name

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 Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 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 5 Jahren**.

Krankheiten

1. Welche Erkrankungen der Niere, Harnwege oder Harnblase bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Harnblasenentzündung (Zystitis) | <input type="checkbox"/> überaktive Blase/Reizblase |
| <input type="checkbox"/> Harnleiterentzündung (Urethritis) | <input type="checkbox"/> Verengung der Harnleiter (Ureterstenose) |
| <input type="checkbox"/> Verengung der Harnröhre (Harnröhrenstenose) | <input type="checkbox"/> Nierensteine |
| <input type="checkbox"/> Nierenkolik | <input type="checkbox"/> Zystenniere |
| <input type="checkbox"/> Nierenzysten | |
| <input type="checkbox"/> Nierenanomalie und zwar _____ | |
| <input type="checkbox"/> Zufallsbefund | <input type="checkbox"/> kein Zufallsbefund |
| <input type="checkbox"/> akutes Nierenversagen | |
| <input type="checkbox"/> chronisches Nierenversagen | GFR _____ am _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenentzündung (Nephritis) | <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung (Pyelitis/Pyelonephritis) |
| <input type="checkbox"/> Blut im Urin (Hämaturie) | <input type="checkbox"/> Eiweiß im Urin (Proteinurie) |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ | |

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausesentlassungsberichte – inkl. der erhobenen Laborwerte – mit ein.

Wie oft sind die Erkrankungen aufgetreten?

- einmalig mehrmalig andauernd

Sind Sie beschwerdefrei?

Ja, seit _____

Nein, folgende Beschwerden/Folgen/Einschränkungen bestehen:

**Untersuchungen/
Behandlungen**

2. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der Niere, Harnwege oder Harnblase erfolgt oder geplant?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urinuntersuchung | <input type="checkbox"/> Laboruntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Blasenspiegelung | <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung (Sonografie) |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) | <input type="checkbox"/> Kernspin (MRT) |
| <input type="checkbox"/> Gewebeentnahme (Biopsie) | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Operation | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ | |

Behandler

3. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Arbeitsunfähigkeiten

4. Waren Sie aufgrund der Erkrankungen der Niere, Harnwege oder Harnblase **arbeitsunfähig**?

- Nein Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigelegt:

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigelegt wurden.

**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

X

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