

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.****Blut- und Laborwerte**Bekannte **Laborwerte**. Erhöhter oder abweichender Wert des PSA? nein ja (Fotokopie ggf. beifügen)**Befund** _____

Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

(MM.JJJJ)

Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt? nein ja (Fotokopie ggf. beifügen)**Art des Wertes****Wert****Datum (MM.JJJJ)**

(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Ist bei Ihnen ein **HIV-Test** erfolgt? nein jaWenn ja, Ergebnis negativ positiv **Datum (MM.JJJJ)**

(Fotokopie ggf. beifügen)

Datum (MM.JJJJ)**Untersuchungen/
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

- | | |
|--|--|
| 1. Ultraschalluntersuchungen | 5. Computertomographie (CT) |
| 2. Untersuchung des Enddarms und Prostata | 6. Kernspin (MRT) |
| 3. Röntgenuntersuchungen | 7. Nuklearmedizinische Untersuchungen
(Szintigraphie) |
| 4. andere Untersuchungs- oder
Behandlungsmethoden
(bitte diese hier angeben) | 8. Gewebeentnahme |
| | 9. Operation |

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Befund/Maßnahme

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender 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 _____

Schlussklärung 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)