Gothaer

AN215169

Fragebogen Geschlechtsorgane männlich

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

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 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 **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- ☐ gutartige Prostataentzündung
- ☐ gutartige Prostatavergrößerung
- ☐ Krebserkrankung der Prostata
- ☐ Feigwarzen / Kondylome
- ☐ sexuell übertragbare Infektionskrankheit
- ☐ Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore / Blutkrankheiten ausfüllen)
- ☐ andere hier nicht genannte Erkrankung der Geschlechtsorgane (bitte diese hier angeben)

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

Genaue medizinische Diagnose

Beginn (MM.JJJJ)

ggf. Ende (MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art?

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

Genaue 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. ungefährer Zeitpunkt) (MM.JJJJ)

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

Art des Wertes	**Wert**	**Datum** (MM.JJJJ) (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Ist bei Ihnen ein **HIV-Test** erfolgt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, Ergebnis ☐ negativ ☐ positiv **Datum** (MM.JJJJ)

(Fotokopie ggf. beifügen)

Untersuchungen/ Behandlungen

Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

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

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 beigefügt** **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)