

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)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM.JJJJ)										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										

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

5. Computertomographie (CT)

2. Untersuchung des Enddarms und Prostata

6. Kernspin (MRT)

3. Röntgenuntersuchungen

7. Nuklearmedizinische Untersuchung
(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

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

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn ggf. Einnahme Ende Dosis
MM.JJJJ MM.JJJJ

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn ggf. Einnahme Ende Dosis
MM.JJJJ MM.JJJJ**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 AngabenBitte 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 UnterschriftAlle 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)