

## Fragebogen Geschlechtsorgane weiblich

### 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 eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brustentzündung   | <input type="checkbox"/> Abweichungen der normalen Regelblutung     |
| <input type="checkbox"/> gutartige Brusttumore   | <input type="checkbox"/> Fehlbildungen der Geschlechtsorgane        |
| <input type="checkbox"/> Blutkrebs   | <input type="checkbox"/> Veränderungen der Zellen am Muttermund     |
| <input type="checkbox"/> Senkung der Gebärmutter   | <input type="checkbox"/> Entzündungen der Eileiter und Eierstöcke   |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz   | <input type="checkbox"/> Endometriose                               |
| <input type="checkbox"/> Krebs am Muttermund   | <input type="checkbox"/> gutartige Geschwülste der Gebärmutter      |
| <input type="checkbox"/> Feigwarzen / Kondylome  | <input type="checkbox"/> sexuell übertragbare Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore / Blutkrankheiten ausfüllen)                |   |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane (bitte diese hier angeben) |   |

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

**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? \_\_\_\_\_

**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.**Ist bei Ihnen eine Veränderung der Schleimhaut am Muttermund oder ein entsprechender Verdacht im Zellabstrich bekannt (sog. PAP-Abstrich)?  nein  jaIst eine kurzfristige Nachuntersuchung des Zellabstrichs am Muttermund geplant?  nein  ja Wann? **Datum** (MM.JJJJ)**Vorsorgeuntersuchung Frauenarzt; Zellabstrich Gebärmutterhals**Datum 

PAP Stadium \_\_\_\_\_ (ggf. Befund beifügen)

Ist bei Ihnen eine Infektion mit dem HPV Virus bekannt?  nein  jaKönnen Sie Angaben zum Verlauf und Befund machen?  nein  ja**Blut- und Laborwerte**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

5. Mammographie

2. Untersuchung des Enddarms

6. Computertomographie (CT)

3. Röntgenuntersuchungen

7. Nuklearmedizinische Untersuchung  
(Szintigraphie)4. andere Untersuchungs- oder  
Behandlungsmethoden  
(bitte diese hier angeben)

8. Gewebeentnahme (Biopsie)

9. Ausschabung der Gebärmutter

10. 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 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) \_\_\_\_\_