

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 Zellastrich bekannt (sog. PAP-Abstrich)? nein jaIst eine kurzfristige Nachuntersuchung des Zellastrichs am Muttermund
geplant? nein ja Wann? **Datum** (MM.JJJJ)**Vorsorgeuntersuchung Frauenarzt; Zellastrich Gebärmutterhals**Datum

PAP Stadium _____ (ggf. Befund beifügen)

Ist bei Ihnen eine Infektion mit dem HPV Virus bekannt? nein ja

Können Sie Angaben zum Verlauf und Befund machen?

Blut- und LaborwerteSind 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

MedikamenteWelche **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

ArbeitsunfähigWaren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja

Diagnose _____

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____

NotarztbehandlungErfolgte 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 _____

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