

Fragebogen Augenkrankheiten

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

☐ männlich
☐ weiblich

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?**

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Kurzsichtigkeit | ☐ Schielen oder Schielschwachsichtigkeit | ☐ Grüner Star (Glaukom) |
| ☐ Weitsichtigkeit | ☐ Regenbogenhautentzündung (Iritis) | ☐ Grauer Star (Katarakt) |
| ☐ Tumore der Augen | ☐ Augenerkrankung bei Zuckerkrankheit | ☐ Stabsichtigkeit (Astigmatismus) |
| ☐ Augenverletzung | ☐ Augenerkrankung bei Bluthochdruck | ☐ Erkrankung der Pupille |
| ☐ erhöhter Augeninnendruck (okuläre Hypertension) | | ☐ Erkrankung der Netzhaut |
| ☐ Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen) | | |
| ☐ andere hier nicht genannte Augenerkrankung (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.****Brille/
Kontaktlinsen**Tragen Sie eine **Brille oder Kontaktlinsen**? Bitte machen Sie Angaben zu den Gründen!

- ☐ Weitsichtigkeit ☐ Kurzsichtigkeit ☐ Stabsichtigkeit (Astigmatismus)
☐ Alterssichtigkeit (reine Lesebrille)
☐ andere Ursachen (bitte angeben) _____

Machen Sie bitte Angaben zur Stärke Ihrer Brille/Kontaktlinsen und tragen Sie bitte die Angaben aus dem Brillenpass ein! (Fotokopien ggf. beifügen)

Sph. Zyl. Achse Add. Pris. Bas.

Rechts _____

Links _____

Können Sie Angaben zur Sehschärfe Ihrer Augen machen?

- ☐ die Sehschärfe ist normal
☐ die Sehschärfe ist herabgesetzt ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
☐ die Sehschärfe meiner Augen ist mir nicht bekannt

Bei einer herabgesetzten Sehschärfe der Augen machen Sie bitte weitere Angaben dazu! _____

**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)

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

AugenoperationSind bei Ihnen **Augenoperationen** erfolgt bzw. sind diese geplant? ☐ nein ☐ ja

- ☐ LASIK Operation ☐ Laserbehandlung der Netzhaut
☐ Implantation einer Kunstlinse
☐ Operation bei grünem Star (Bitte die Art der Operation angeben)
☐ Operation bei grauem Star (Bitte die Art der Operation angeben)
☐ Sonstige Augenoperation (Bitte die Art der Operation angeben)

Art der Behandlung/Operation

linkes/rechtes Auge

Datum (MM.JJJJ)
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

**Untersuchungen/
Behandlungen**

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

1. Spiegelung Augenhintergrund
2. Messung Augeninnendruck
3. sonstige Spezialuntersuchung beim Augenarzt (bitte diese hier angeben)
4. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)
5. Computertomographie (CT)
6. Kernspin (MRT)

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 _____

**Krankenhausbehand-
lungen, 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 _____

**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)