

# Ergänzender Fragebogen zum Antrag Augenkrankheiten (FB 17a)



AN215229

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ Datum der Antragstellung \_\_\_\_\_

**Angaben zur Person**

Titel, Vorname, Name \_\_\_\_\_  männlich  
 weiblich  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Vorvertragliche Anzeigepflicht**

**Sie haben uns** als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahrumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen **den Antrag ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.  
**Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn** Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **zu kündigen**.  
**Unser Rücktrittsrecht** wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht **und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn** wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

**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**.

**Zuletzt behandelnde Ärzte / Fachärzte**

Bei welchem **Hausarzt/Facharzt** waren Sie **zuletzt** wegen der Augenkrankheit in **Behandlung**?

	Datum (ggf. ungefähre Zeitpunkt)	Diagnose	Arzt (Name und Anschrift)
<input type="checkbox"/> Hausarzt	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Facharzt	_____	_____	_____

**Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen**?

<input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit	<input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> Augenverletzung
<input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit	<input type="checkbox"/> Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/> Tumore der Augen
<input type="checkbox"/> Stabsichtigkeit (Astigmatismus)	<input type="checkbox"/> Regenbogenhautentzündung (Iritis)	<input type="checkbox"/> Augenerkrankung bei Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Schielen oder Schielschwachsichtigkeit	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Netzhaut	<input type="checkbox"/> Augenerkrankung bei Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> erhöhter Augeninnendruck (okuläre Hypertension)	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Pupille	
<input type="checkbox"/> 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**.

Genauere medizinische Diagnose	Datum (ggf. ungefähre Zeitpunkt)	Wie oft bestanden seitdem Beschwerden und welcher Art?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Brille/ Kontaktlinsen**

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? Bitte machen Sie Angaben zu den Gründen!

Weitsichtigkeit  Kurzsichtigkeit  Stabsichtigkeit (Astigmatismus)  
 Alterssichtigkeit (reine Lesebrille)  
 andere Ursache (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, und zwar **(Fotokopien ggf. beifügen)**

Art des Wertes	Datum (bitte ca. angeben)	Ergebnis	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Krebserkrankung** Liegt eine **Krebserkrankung** vor?  Nein  Ja

Bitte in diesem Fall weitere Angaben soweit Ihnen bekannt wie Tumorstadium, Grading und Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung (Histologie)! \_\_\_\_\_

**Augenoperationen** Sind bei Ihnen Augenoperationen erfolgt?  Nein  Ja

LASIK Operation  Laserbehandlung der Netzhaut  Operation bei grauem Star  
(Bitte die Art der Star-Operation angeben)

Implantation einer Kunstlinse  Operation bei grünem Star  
(Bitte die Art der Operation angeben)  Sonstige Augenoperation  
(Bitte die Art der Star-Operation angeben)

Art der Behandlung      linkes/rechtes Auge      Datum (bitte ca. angeben)      **Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)

.....

.....

**Untersuchungen/Behandlungen** Wann und wo erfolgten bei Ihnen die folgenden **Untersuchungen oder Behandlungen?**

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

Ziffer      Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)      **Befund/Maßnahme**      **Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)

.....

.....

.....

**geplante Untersuchungen/Behandlungen** Sind bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen geplant?**

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

Ziffer      Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)      **Unter welchen Umständen** soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?

.....

.....

.....

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

Name des Medikaments	Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis
----------------------	---	-------	-------------------------------	-------


**Arbeitsunfähigkeiten** Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig?**  nein  ja

**Diagnose** Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

.....

.....

**Notarztbehandlung** Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung?**  nein  ja, ca. \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

**Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren** 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 (ggf. ungefährer Zeitpunkt)      **Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)

.....

.....

.....

**Schlussklärung und Unterschrift** Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person