

## 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 Schlussklärung 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**.

**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.**

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!

**Brille/  
Kontaktlinsen**

**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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Augenoperation**

Sind 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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



**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)