

Ergänzender Fragebogen zum Antrag Ohren und Nasennebenhöhlen (FB 17b)

AN215230

Versicherungsnummer _____ Datum der Antragstellung _____

Angaben zur
versicherten
Person

Titel, Vorname, Name _____

männlich
 weiblich

Geburtsdatum _____

Vorvertrag- liche Anzeige- pflicht

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 Bei welchem **Hausarzt/Facharzt** waren Sie **zuletzt** wegen der HNO-Organen **in Behandlung**?

Ärzte /Fachärzte

Datum (ggf. ungefähre Zeitpunkt) **Diagnose** **Arzt** (Name und Anschrift)

Hausarzt _____
 Facharzt _____

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ohrenentzündung | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> vermehrte Ohrschmalzbildung/Ohrpfropfbildung |
| <input type="checkbox"/> Otitis media | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Rhinitis |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> Entzündung der Nasennebenhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Otosklerose | <input type="checkbox"/> Defekt im Trommelfell | <input type="checkbox"/> Nasenscheidewandverkrümmung (Septumdeviation) |
| <input type="checkbox"/> Hörsturz | <input type="checkbox"/> Morbus Menière | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch | <input type="checkbox"/> Tubenbelüftungsstörung | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nasenmuscheln |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte HNO-Erkrankung (bitte diese hier angeben) _____ | | |

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

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

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Allergien Welche allergischen Beschwerden sind aufgetreten:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> an der Haut? | <input type="checkbox"/> obere Atemwege (Nase, Nebenhöhlen)? | <input type="checkbox"/> asthmatische Beschwerden? |
| <input type="checkbox"/> an den Augen? | <input type="checkbox"/> untere Atemwege (Luftröhre, Bronchien)? | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Bronchitis? |
| <input type="checkbox"/> an sonstigen Organen? Welchen? _____ | | |

Wie lange bzw. in welchen Monaten des Jahres dauerten die Beschwerden an:

ganzjährig zeitweilig, in den folgenden Monaten _____

Erfolgte ein Allergietest? Nein Ja

Datum (ggf. ungefähre Zeitpunkt) **Welche Allergien** wurden festgestellt? **Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Haben Sie einen **Allergiepass**? Nein Ja (**Fotokopien ggf. beifügen**)

Erfolgte eine Hyposensibilisierung? Nein Ja

Datum (ggf. ungefähre Zeitpunkt) Gegen **welche Stoffe/Allergien**? **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)!

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)

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

1. HNO Untersuchung des Facharztes	5. Endoskopische Untersuchung der Nase und Nebenhöhlen	9. Gewebeentnahme (Biopsie)
2. Ultraschalluntersuchung	6. Röntgenuntersuchungen	10. Operation (Welche?)
3. Tonaudiometrie	7. Computertomographie (CT)	
4. erweitertes Audiogramm oder Sprachaudiometrie	8. Kernspin (MRT)	
11. 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. Laboruntersuchungen	5. erweitertes Audiogramm oder Sprachaudiometrie	9. Kernspin (MRT)
2. HNO Untersuchung des Facharztes	6. Endoskopische Untersuchung der Nase und Nebenhöhlen	10. Gewebeentnahme (Biopsie)
3. Ultraschalluntersuchung	7. Röntgenuntersuchungen	11. Operation (Welche?)
4. Tonaudiometrie	8. Computertomographie (CT)	
12. 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 _____