

## Fragebogen Ohren und Nasennebenhöhlen

### 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?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <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"/> Nasensecheidewandverkrümmung                 |
| <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"/> Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen) |   |   |
| <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**.

**Genauere medizinische Diagnose**

**Beginn**  
(MM.JJJJ)

**ggf. Ende**  
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? Ggf. betroffene Hautbereiche?

\_\_\_\_\_

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? Ggf. betroffene Hautbereiche?

Bestehen **Folgen** der Erkrankung?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.**

**Allergien**

Welche **allergischen Beschwerden** sind aufgetreten?

- wiederkehrende Bronchitis  obere Atemwege (Nase, Nebenhöhlen)  an den Augen  
 asthmatische Beschwerden  untere Atemwege (Luftröhre, Bronchien)  an der Haut  
 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** (MM.JJJJ)  
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

**Welche Allergien** wurden festgestellt?

Haben Sie einen **Allergiepass**?  nein  ja (Fotokopien ggf. beifügen)

Erfolgte eine **Hypersensibilisierung**?  nein  ja

**Datum** (MM.JJJJ)  
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Gegen **welche Stoffe/Allergien?**

**Blut- und Laborwerte**

Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt?  nein  ja (Fotokopie ggf. beifügen)

**Art des Wertes**

**Wert**

**Datum (MM.JJJJ)**  
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM.JJJJ)
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Untersuchungen/ Behandlungen**

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

- |  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| 1. HNO Untersuchung des Facharztes               | 6. Röntgenuntersuchungen                               | 9. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 2. Ultraschalluntersuchung                       | 7. Computertomographie (CT)                            | 10. Kernspin (MRT)          |
| 3. Tonaudiometrie                                | 8. Endoskopische Untersuchung der Nase und Nebenhöhlen | 11. Operation (Welche?)     |
| 4. erweitertes Audiogramm oder Sprachaudiometrie | 12. Laboruntersuchung                                  |                             |
5. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

**Befund/Maßnahme**

\_\_\_\_\_

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender 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**



**Arbeitsunfähigkeit**

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 \_\_\_\_\_

**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 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 beigefügt**

**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

**X**

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