Gothaer

FB215169

Fragebogen Geschlechtsorgane männlich

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Titel, Vorname, Name

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 3 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 5 Jahren**.

Erkrankungen

1. Welche Erkrankungen der Geschlechtsorgane bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- ☐ Krampfadern am Hodensack (Varikozele)
- ☐ Wasserbruch (Hydrozele)
- ☐ Hodenhochstand
- ☐ Eichelentzündung (Balanitis)
- ☐ Hodenentzündung (Orchitis)
- ☐ Nebenhodenentzündung (Epididymitis)
- ☐ Hodentumor
  - ☐ bestehend ☐ entfernt, gutartig ☐ entfernt, bösartig
- ☐ Prostataentzündung (Prostatitis)
  - ☐ akut ☐ chronisch
- ☐ Prostatavergrößerung (Hyperplasie/Hypertrophie)
  - ☐ leicht ☐ mäßig ☐ stark
- ☐ Prostatakrebs
- ☐ Inkontinenz
- ☐ Feigwarzen (Condylome)
- ☐ Chlamydien
- ☐ andere und zwar _____

Welche Beschwerden bestehen/bestanden?

- ☐ Schmerzen ☐ Schwellung ☐ Fieber
- ☐ Entzündung ☐ Ausfluss ☐ häufiger Harndrang
- ☐ keine
- ☐ Sonstige _____

Häufigkeit

2. Wie oft ist die Erkrankung der Geschlechtsorgane aufgetreten?

- ☐ einmalig ☐ mehrmalig ☐ andauernd

Beschwerden

3. Seit wann sind Sie vollständig beschwerdefrei?

- ☐ Seit _____
- ☐ Nicht beschwerdefrei

Untersuchungen/ Behandlungen

4. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der Erkrankungen der Geschlechtsorgane erfolgt oder geplant?

☐ Laboruntersuchung
☐ Röntgenuntersuchung
☐ Ultraschalluntersuchung (Sonografie)
☐ Bestrahlung
☐ Gewebeentnahme (Biopsie)
☐ Operation
☐ keine
☐ andere und zwar _____

Behandler

5. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte – inkl. der zugehörigen histologischen Befunde – in Kopie mit ein.

Arbeitsunfähigkeiten

6. Waren Sie aufgrund der Erkrankungen der Geschlechtsorgane **arbeitsunfähig**?

☐ Nein ☐ Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigefügt:

_____

_____

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigefügt wurden.

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)