

## Fragebogen Augenkrankheiten

### 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**.

### Krankheiten

1. Welche Augenerkrankung besteht oder bestand bei Ihnen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit (Myopie)                  | <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit                   |
| <input type="checkbox"/> Schielen (Strabismus/Heterotropie)        | <input type="checkbox"/> Hornhautverkrümmung/Astigmatismus |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star (Katarakt)                    | <input type="checkbox"/> Augenzittern (Nystagmus)          |
| <input type="checkbox"/> Erhöhter Augeninnendruck                  | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)             |
| <input type="checkbox"/> Sehnerventzündung (Neuritis nervi optici) | <input type="checkbox"/> Netzhautablösung/-blutung         |
| <input type="checkbox"/> Gesichtsfeldausfall (Skotom)              |  |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____                     |  |

Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?

- einmalig       mehrmalig       dauerhaft

Welches Auge ist/war betroffen?

- links       rechts       beide

Bitte nennen Sie die zuletzt gemessenen Dioptrienwerte:

links \_\_\_\_\_ rechts \_\_\_\_\_

### Beschwerden

2. Sind Sie beschwerdefrei?

- Ja, seit \_\_\_\_\_

- Nein, es bestehen noch folgende Beschwerden/Folgen/Einschränkungen:

\_\_\_\_\_

**Ursache**

3. Welche Ursache liegt der Augenerkrankung zu Grunde?

- Unfall  Bluthochdruck  
 Diabetes  Multiple Sklerose  
 Rheuma  unbekannt  
 andere und zwar \_\_\_\_\_

**Untersuchungen/  
Behandlungen**

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

- Laserbehandlung  
 Dioptrien vor der Behandlung \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_ rechts  
 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 – sowie Ihren Brillenpass – in Kopie mit ein.**

**Arbeitsunfähigkeiten**6. Waren Sie aufgrund der Augenerkrankung **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

**X**

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