

Fragebogen Ohrenerkrankungen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Der Versicherer kann bei unvollständigen oder unzutreffenden Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen. - Auf die gesonderte Mitteilung gem. § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht weisen wir ausdrücklich hin. - Die in den Fragen aufgeführten Gesundheitsstörungen sind als beispielhaft anzusehen und können nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbegriffe umfassen.

1 Persönliche Angaben

Name/Vorname/Titel/Firmenname

Geburtsdatum

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

Beruf

Versicherungsnummer

2 Gesundheitsfragen

1. Welche Ohrenerkrankung besteht oder bestand bei Ihnen?

Besteht die Erkrankung einseitig beidseitig

2. Ist die Erkrankung

- angeboren unfallbedingt unbekannter Ursache
 Folge einer anderen Erkrankung / Störung

Welcher? _____

3. Wie tritt oder trat die Erkrankung auf?

- Einmalig** Wann? _____ (Monat/Jahr)
 Dauer? _____ (Tage/Wochen)
- Wiederholt** Wie oft? _____
 Wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr)
 Dauer _____ (Tage/Wochen)
 Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)
 Dauer _____ (Tage/Wochen)
- fortwährend/dauernd** Seit wann? _____ (Monat/Jahr)

4. Hat Ihre Ohrenerkrankung Folgen oder Beschwerden hinterlassen?

- Nein** keine Folgen/Beschwerden seit: _____ (Monat/Jahr)
- Ja** Beschwerden seit wann? _____ (Monat/Jahr)
- Hörminderung Schwindel / Gleichgewichtsstörungen Tinnitus, Ohrgeräusche
 Augenzittern Sprachstörungen sonstige, welche? _____

5. Wie wird oder wurde Ihre Ohrenerkrankung behandelt?

- Keine Behandlung** Seit: _____ (Monat/Jahr)
- Medikament(e)** Präparatename(n): _____
- Infusionstherapie** Wie lange? _____
 Wann? _____ (Monat/Jahr)
- Hörgerät** linkes Ohr rechtes Ohr
- Tinnitus-Masker / Tinnitus-Control-Instrument** linkes Ohr rechtes Ohr
- Operation / Operation geplant** Welche? _____
 Wann? _____ (Monat/Jahr)

6. Befinden Sie sich in regelmäßiger fachärztlicher Behandlung oder Kontrolle?

Nein

Ja Seit wann? _____ (Monat/Jahr)
Wie oft? _____
Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)

7. Welche Untersuchungen wurden bei Ihnen durchgeführt?

keine Untersuchung

Untersuchung des Hörvermögens Wann? _____ (Monat/Jahr)
Ergebnis: linkes Ohr _____
 rechtes Ohr _____

Untersuchung des Gleichgewichtsorgans Wann? _____ (Monat/Jahr)
Ergebnis: _____

Ohrspiegelung Wann? _____ (Monat/Jahr)
Ergebnis: linkes Ohr _____
 rechtes Ohr _____

Röntgenuntersuchung Wann? _____ (Monat/Jahr)
Ergebnis: _____

Computertomographie Wann? _____ (Monat/Jahr)
Ergebnis: _____

8. Bestehen neben der Ohrenerkrankung zusätzliche Erkrankungen?

Nein

Ja Bitte nähere Angaben: _____

9. Haben Sie wegen Ihrer Ohrenerkrankung einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dieses ärztlicherseits angeraten ?

Nein

Ja Bitte nähere Angaben: _____

10. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer Erkrankung/Beschwerden in Behandlung?

Hausarzt HNO-Arzt Neurologe Sonstige: _____

Name, Anschrift: _____

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigefügt

Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben

Es folgen noch Angaben; Anzahl Extrablätter: _____

3 Schlusserklärung

Ich bestätige hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG gelesen zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Die Angaben in diesem Fragebogen sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift des **Versicherungsnehmers**

Unterschrift der zu **versichernden Person**,
(falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) **gesetzliche Vertreter**

_____ **X**

_____ **X**

_____ **X**