

Zusatzklärung Nieren und Harnwege

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)																					
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____																					
Erläuterungen	<p>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmemeitscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.</p> <p>In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.</p>																					
Erkrankung	<p>An welchen Erkrankungen der Nieren, Harnwege oder -blase leiden oder litten Sie?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Harnröhrenentzündung</td> <td><input type="checkbox"/> Nephrose</td> <td><input type="checkbox"/> Nieren-, Nierenbeckenentzündung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Harnblasenentzündung</td> <td><input type="checkbox"/> Hydronephrose</td> <td><input type="checkbox"/> Nieren-/Harnleiterstein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Harnleiterverengung</td> <td><input type="checkbox"/> Geschwulst</td> <td><input type="checkbox"/> Prostatahypertrophie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz</td> <td><input type="checkbox"/> bis zu 3 einzelne Nierenzysten</td> <td><input type="checkbox"/> Zystenniere</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schrumpfniere</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Einzelniere:</td> <td><input type="checkbox"/> angeboren</td> <td><input type="checkbox"/> sonstiger Grund _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> polyzystische Nierenerkrankung:</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ist auch bei Familienangehörigen aufgetreten</td> </tr> </table> <p>Welche nicht genannte Erkrankung? _____</p> <p>Wie sind die einzelnen Erkrankungen aufgetreten? <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig (Bei mehreren oder mehrmaligen Erkrankungen bitte entsprechend zuordnen)</p> <p>_____</p> <p>In welchem Rhythmus traten diese Erkrankungen bislang auf?</p> <p><input type="checkbox"/> einmalig von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> wiederholt wie oft _____ mal wie lange durchschnittlich _____ (Tage/Wochen) wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr) wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> dauernd von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren von wann bis wann behandelt (Name und Anschrift)? _____</p> <p>Welche Grunderkrankungen/Erkrankungsursachen wurden ärztlicherseits festgestellt? _____ _____ <input type="checkbox"/> keine festgestellt</p> <p>Welche der folgenden Erkrankungen wurden noch festgestellt?</p> <p><input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen (z.B. Cholesterinerhöhung)</p> <p><input type="checkbox"/> Gicht (Harnsäurerhöhung) <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen _____</p>	<input type="checkbox"/> Harnröhrenentzündung	<input type="checkbox"/> Nephrose	<input type="checkbox"/> Nieren-, Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/> Harnblasenentzündung	<input type="checkbox"/> Hydronephrose	<input type="checkbox"/> Nieren-/Harnleiterstein	<input type="checkbox"/> Harnleiterverengung	<input type="checkbox"/> Geschwulst	<input type="checkbox"/> Prostatahypertrophie	<input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> bis zu 3 einzelne Nierenzysten	<input type="checkbox"/> Zystenniere	<input type="checkbox"/> Schrumpfniere			<input type="checkbox"/> Einzelniere:	<input type="checkbox"/> angeboren	<input type="checkbox"/> sonstiger Grund _____	<input type="checkbox"/> polyzystische Nierenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ist auch bei Familienangehörigen aufgetreten	
<input type="checkbox"/> Harnröhrenentzündung	<input type="checkbox"/> Nephrose	<input type="checkbox"/> Nieren-, Nierenbeckenentzündung																				
<input type="checkbox"/> Harnblasenentzündung	<input type="checkbox"/> Hydronephrose	<input type="checkbox"/> Nieren-/Harnleiterstein																				
<input type="checkbox"/> Harnleiterverengung	<input type="checkbox"/> Geschwulst	<input type="checkbox"/> Prostatahypertrophie																				
<input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> bis zu 3 einzelne Nierenzysten	<input type="checkbox"/> Zystenniere																				
<input type="checkbox"/> Schrumpfniere																						
<input type="checkbox"/> Einzelniere:	<input type="checkbox"/> angeboren	<input type="checkbox"/> sonstiger Grund _____																				
<input type="checkbox"/> polyzystische Nierenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ist auch bei Familienangehörigen aufgetreten																					
Behandlung	<p>Wie wurden die Erkrankungen/Beschwerden behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> keine Behandlung erfolgt <input type="checkbox"/> mit Medikamenten <input type="checkbox"/> Steinertrümmerung</p> <p><input type="checkbox"/> Operation (durchgeführt) <input type="checkbox"/> Operation (angeraten)</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Behandlung _____</p> <p>Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben _____</p> <p>Die Einnahme erfolgt(e) <input type="checkbox"/> derzeit noch immer <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> nicht mehr seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Die Symptome haben sich <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind gleich geblieben</p>																					

Zusatzklärung Nieren und Harnwege

Zu versichernde Person: _____

Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____

Seite 2 von 3

Ärzte

Welche Operationen/minimalinvasiven Eingriffe wurden in den letzten 5 Jahren durchgeführt? _____
 _____ wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____

Welches Organ oder welches Gewebe wurde dabei entfernt? _____

Der Gewebefund (Histologie) war gutartig bösartig (Bitte Kopie der Histologie mitschicken)

Die TNM-Einstufung lautete? _____

Welche Operationen sind geplant? _____
 _____ Wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

Wurde Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt nein ja

Waren Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich?
 nein ja, wann? _____ (Monat/Jahr)

In welcher Einrichtung (Name und Anschrift) _____

Wurden Sie als geheilt aus der Behandlung entlassen? nein ja, wann? _____ (Monat/Jahr)

Welche Folgen/Beschwerdesymptome bestehen derzeit? _____

Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie derzeit? _____

Kontroll- untersuchung

Ergebnis der letzten Kontrolluntersuchung

Urin _____ (Monat/Jahr): Erythrozyten _____ Leukozyten _____ Protein(Eiweiß) _____

Blut _____ (Monat/Jahr): Kreatinin _____ Harnstoff _____

Kreatinin-Clearance _____ am _____ (Monat/Jahr)

glomeruläre Filtrationsrate _____ am _____ (Monat/Jahr)

Blutdruck _____ (systolisch/diastolisch) am _____ (Monat/Jahr)

Weitere Fragen an die zu versichernde Person

Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?
 nein ja, warum? _____
 wie lange? _____ Wochen wie oft _____ mal wann zuletzt _____ (Monat/Jahr)

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?
 nein ja, was ist der Grund dafür? _____

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?
 nein ja, was ist der Grund dafür? _____

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? nein ja
 Planen Sie einen solchen Wechsel? nein ja
 Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? nein ja

Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.

