

Zusatzklärung Ohren / Gehör

Zu versichernde Person: _____

Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____

Seite 2 von 3

Ohrenspiegelung? wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

Ergebnis: rechtes Ohr _____ linkes Ohr _____

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

Röntgenuntersuchung? wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

Ergebnis: _____

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

Computertomographie wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

Ergebnis: _____

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

Ärzte / Behandlung

Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren von wann bis wann behandelt (Name und Anschrift)? _____

Wie wurden die Erkrankungen/Beschwerden behandelt?

keine Behandlung erfolgt keine Behandlung mehr seit _____ (Monat/Jahr)

Infusionstherapie von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Hörgerät: rechtes Ohr linkes Ohr beidseitig

Tinnitus-Kontrollgerät rechtes Ohr linkes Ohr beidseitig

Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben _____

Die Einnahme erfolgt(e) derzeit noch immer regelmäßig nur bei Bedarf

nicht mehr seit _____ (Monat/Jahr)

Die Symptome haben sich verbessert verschlechtert sind gleich geblieben

Welche Operationen/minimalinvasive Eingriffe wurden in den letzten 10 Jahren durchgeführt? _____

_____ wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

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

Welche Organe oder welches Gewebe wurde(n) dabei entfernt? _____

Der Gewebefund (Histologie) war gutartig bösartig (bitte Kopie des Befundes mitschicken)

Die TNM-Einstufung lautete _____

Wurde Chemo-/Strahlentherapie durchgeführt? nein ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Welche Operationen/minimalinvasive Eingriffe sind geplant/ärztlicherseits angedacht? _____

_____ wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

Sonstige Behandlung _____ wann? _____ (Monat/Jahr)

