

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden! Die Fragen beziehen sich auf die im Antrag angegebenen Fragezeiträume, d.h. i.d.R. ambulant 3 Jahre (KV) bzw. 5 Jahre (BU) und Krankenhaus / Operationen 5-10 Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Operationen

Beschreibung der Operation	
Aus welchem Grund erfolgte die Operation? (Wenn möglich, bitte Diagnose des Arztes angeben)	_____ _____ _____
Wann erfolgte die Operation? ____ / ____ MM/JJJJ	
Was für eine Operation wurde durchgeführt?	_____ _____ _____
Welcher Körperbereich war oder ist von der Operation betroffen?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> anderer Körperbereich
Liegt Ihnen ein Operationsbericht vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Bitte legen Sie eine Kopie des Operationsberichtes bei.	
Wurden Organe oder Körperteile (teilweise) entfernt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Welche?	_____ _____
Wurde eine Gewebeentnahme (Biopsie) vorgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Wie lautet das Ergebnis der Biopsie?	
<input type="checkbox"/> gutartig <input type="checkbox"/> bösartig <input type="checkbox"/> unbekannt	
Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Welche?	_____ _____
Ist die Erkrankung ausgeheilt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Seit wann? ____ / ____ MM/JJJJ	

weitere Behandlungen	
Sind weitere Operationen geplant oder ärztlicherseits angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Wann und welche?	Wann?
	_____ _____ _____
Werden oder wurden neben der Operation weitere Therapien durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Welche?	von MM/JJJJ bis MM/JJJJ Wie oft?
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	____ / ____ ____ / ____ ____
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	____ / ____ ____ / ____ ____
<input type="checkbox"/> sonstige Therapie: _____	____ / ____ ____ / ____ ____
	____ / ____ ____ / ____ ____
Wurde eine RehaMaßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> durchgeführt	
Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)	_____ _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Operationen

behandelnde Ärzte

In welchem Krankenhaus / welcher Arztpraxis wurde die Operation ausgeführt? (Name der Abteilung, Adresse)

Von welchem Arzt wurden Sie vor der Operation behandelt? (Name, Fachrichtung, Anschrift)

Von welchem Arzt wurden Sie nach der Operation behandelt? gleicher Arzt wie vor der Operation

Wann wurden Sie zuletzt wegen der Operation behandelt? ____ / ____ MM/JJJJ

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Besteht oder bestand wegen Ihren Beschwerden in den letzten 5 Jahren Arbeitsunfähigkeit? ja nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? (Angabe bitte in Kalendertagen)
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert?

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten? ja nein

Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? ja nein

Falls ja: Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Wechsels, den früheren und jetzigen Beruf an.

Besteht eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS, ehemals MdE) festgestellt? ja nein

Falls ja: ____ % GdB ____ % GdS (Bitte Kopie des amtlichen Bescheids beilegen – nicht des Ausweises)

weitere behandelnde Ärzte

Werden oder wurden weitere Ärzte in Anspruch genommen?

ja nein

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung

Wann?

Warum?

zusätzliche Bemerkungen

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person

