

Fragebogen Ohren und Nasennebenhöhlen

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 Ohr

1. Welche **Ohrerkrankungen** bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hörsturz | <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit/Hörminderung | | |
| <input type="checkbox"/> angeboren | <input type="checkbox"/> erworben | Hörverlust in Dezibel _____ links _____ rechts |
| <input type="checkbox"/> Otosklerose | | <input type="checkbox"/> Tubenbelüftungsstörung/Paukenerguss |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellverletzung | | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung (Otitis media) |
| <input type="checkbox"/> Morbus Menière | | <input type="checkbox"/> Ausfall des Gleichgewichtsorgans (Neuritis vestibularis) |
| <input type="checkbox"/> Lagerungsschwindel | | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ | | |

Betroffene Seite?

- links rechts beide

Krankheiten Nase

2. Welche **Erkrankungen der Nase und/oder der Nebenhöhlen** bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schnupfen (Rhinitis) | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis) |
| <input type="checkbox"/> Polypen | <input type="checkbox"/> Nasenscheidewandverkrümmung (Septumdeviation) |
| <input type="checkbox"/> Nasenbeinbruch | <input type="checkbox"/> Nasenmuschelvergrößerung (Muschelhyperplasie) |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ | |

Beschwerden

3. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hörminderung | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Tinnitus | <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Nasenatmung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ | |

Wie oft sind die Erkrankungen/Beschwerden aufgetreten?

einmalig mehrmalig andauernd

Sind Sie beschwerdefrei?

Ja, seit _____

Nein, folgende Beschwerden/Folgen/Einschränkungen bestehen:

Medikamente

4. Nehmen oder nahmen Sie aufgrund der Erkrankung Medikamente ein oder nutzen Sie Hilfsmittel wie z. B. Hörgeräte?

Nein

Ja, folgende Medikamente _____

Ja, folgende Hilfsmittel _____

Untersuchungen/ Behandlungen

5. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der Ohrenerkrankungen und/oder der Erkrankungen der Nase/Nasennebenhöhlen erfolgt oder geplant?

Computertomographie (CT)

Kernspin (MRT)

Audiometrie

Operation

keine

andere und zwar _____

Behandler

6. 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 in Kopie mit ein.

Arbeitsunfähigkeiten

7. Waren Sie aufgrund der Ohrenerkrankungen und/oder der Erkrankungen der Nase/Nasennebenhöhlen **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.

Schlussklärung 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)