

Zusätzliche Erklärung über Augenerkrankungen

Versicherungsnehmer

Versicherungsnummer

für Versicherungsperson

Geburtsdatum

Seit wann besteht die Augenerkrankung?

Welche Beschwerden liegen vor?

An welchem Auge?

rechts links beiden

Welcher Arzt hat die Behandlung durchgeführt? (Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann?

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung?

Wurden Sie operiert?

nein ja

Wenn ja, wann?

An welchem Auge?

rechts links beiden

Bei einer Grauen-Star-Operation:

Wurde eine künstliche Linse eingesetzt?

nein ja

Was ist die Ursache für die Augenerkrankung? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck)

Sind Ihnen die Dioptrienzahl und der Augeninnendruck bekannt? Wenn ja, geben Sie bitte die Werte an

nein ja

Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? (Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war dieser Arztbesuch?

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt?

Welche Beschwerden bestehen zurzeit?

Welche Behandlungen werden jetzt durchgeführt?

Welche Behandlungen sind zu erwarten bzw. vorgesehen?

Welche Medikamente sind erforderlich? (Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16 Jahre.
Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter.