

Zusätzliche Erklärung über Nierenerkrankung

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Seit wann leiden Sie an
- Nierenentzündung _____
- Nierensteinen _____

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

Welche Behandlungen wurden dabei
durchgeführt? _____

Wurde der Stein
entfernt oder nein ja
ist er auf natürlichem Wege abgegangen? nein ja
Wenn ja, wann war dies? _____

Sind Sie operiert worden? nein ja
Wenn ja, wann und wo? _____
(Bitte Datum und Adresse angeben)

Weshalb? _____

Wurde eine Niere entfernt? nein ja
Ist die andere Niere frei von
Konkrementen und voll funktionsfähig? nein ja
Bestehen in der anderen Niere
Konkremente und/ oder ist sie nur
beschränkt funktionsfähig? nein ja

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

Welche Behandlungen wurden dabei
durchgeführt? _____
Welche Befunde wurden erhoben? _____

Seit wann sind Sie behandlungs- und
beschwerdefrei? _____

Welche Behandlungen
- werden jetzt durchgeführt? _____
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

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