

## 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