

## Zusätzliche Erklärung über Ohrenerkrankungen

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_  
**Versicherungsnehmer:** \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seit wann besteht die Ohrenerkrankung? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden liegen vor?

An welchem Ohr?

rechts

links

beide

Welcher Arzt hat die Behandlung durchgeführt?

(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann? \_\_\_\_\_

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? \_\_\_\_\_

(Wenn nicht bekannt, bitte erfragen)

Wurden die Ohren operiert?

nein

ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

(bitte Anschrift des Krankenhauses angeben)

Welche Beschwerden oder Folgen sind zurückgeblieben? \_\_\_\_\_

Besteht noch

- ein Defekt (Loch, Perforation) des Trommelfells?

nein

ja

- Ohrenfluss?

nein

ja

- Drehschwindel?

nein

ja

- Schwerhörigkeit (auf welchem Ohr)?

rechts

links

beide

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? \_\_\_\_\_

(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war dieser Arztbesuch? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? \_\_\_\_\_

Ist die Erkrankung vollkommen ausgeheilt?

nein

ja

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