

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