

## 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