Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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