

## 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