

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