

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