

Zusätzliche Erklärung über Nierenerkrankung

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
 Geburtsdatum: _____

Seit wann leiden Sie an
 - Nierenentzündung _____
 - Nierensteinen _____

Welcher Arzt hat die Behandlung durchgeführt? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)
 Wann? _____

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____

Wurde der Stein entfernt oder
 ist er auf natürlichem Wege abgegangen? nein ja
 nein ja
 Wenn ja, wann war dies? _____

Sind Sie operiert worden? nein ja
 Wenn ja, wann und wo? _____
(Bitte Datum und Adresse angeben)

Weshalb? _____

Wurde eine Niere entfernt? nein ja
 Ist die andere Niere frei von Konkrementen und voll funktionsfähig? nein ja
 Bestehen in der anderen Niere Konkremehte und/ oder ist sie nur beschränkt funktionsfähig? nein ja

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____
 Welche Befunde wurden erhoben? _____

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