

## Zusätzliche Erklärung über Nierenerkrankung

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_  
**Versicherungsnehmer:** \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seit wann leiden Sie an  
 - Nierenentzündung \_\_\_\_\_  
 - Nierensteinen \_\_\_\_\_

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

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?  
 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 Konkremeunte 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