

Zusatzfragebogen als Ergänzung zum Antrag/zur Anmeldung vom: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag bzw. in der Anmeldung)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### Hauterkrankungen/Allergien

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Psoriasis, Akne, endogenes Ekzem = Neurodermitis, Furunkulose, Hautpilzerkrankung)?

Ursache der Erkrankung? \_\_\_\_\_

Welche Körperstellen sind/waren betroffen? \_\_\_\_\_

Wie groß sind/waren die betroffenen Hautbezirke?  handteller groß  fünfmarkstück groß  großflächig am ganzen Körper  sonstige Größenangabe \_\_\_\_\_ cm

Genauere Bezeichnung des Medikaments, der Bestrahlungen usw.? \_\_\_\_\_

Behandlungsweise/Therapie?  Medikamente  Salben  Bestrahlungen  Bäder  sonstige Therapie, welche? \_\_\_\_\_

Müssen Sie eine bestimmte Diät einhalten?  ja  nein

Wenn »ja«, welche? \_\_\_\_\_

Besteht Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln?  ja  nein

Wenn »ja«, gegen welche? \_\_\_\_\_

Wurde ein Allergietest durchgeführt?  ja  nein

Wenn »ja«, Testbefunde? \_\_\_\_\_

Wurde ein Allergiepass ausgestellt?  ja  nein

Wenn »ja«, bitte Kopie beifügen oder die bestehenden Allergien übertragen!

Leiden Sie unter Heuschnupfen?  ja  nein

Besteht oder bestand ein Asthma bronchiale?  ja  nein

Wurden Sie hyposensibilisiert?  ja  nein

Wenn »ja«, wogegen/weswegen? \_\_\_\_\_

Von wann bis wann? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) angeraten bzw. vorgesehen?  ja  nein

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller: \_\_\_\_\_

### Magen-, Darm-, Leber- und Gallenerkrankungen

Wie lautet die ärztlicherseits bezeichnete Erkrankung (z. B. Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür, Gallensteine, Fettleber, Hepatitis A)?

Durch welche Diagnostik wurde die Diagnose vom Arzt gesichert?

Magen-, Darmspiegelung  Atemtest (Helicobakter pylori)  Ultraschalluntersuchung  sonstige Untersuchung, welche?  Röntgenuntersuchung \_\_\_\_\_

Behandlungsweise/Therapie?  Medikamente  Rollkur  Diät  Psychotherapie  Sonstige, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie jetzt vollkommen gesund?  ja  nein

Wenn »nein«, welche Beschwerden bestehen noch? \_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller: \_\_\_\_\_

### Frauenkrankheiten

Wie lautet die ärztliche Diagnose? \_\_\_\_\_

Ausprägung?  gutartig  bösartig

Gebärmutterentfernung Grund/Ursache für die Entfernung:

Eierstockentfernung  einseitig  beidseitig  Zysten  Myome  Verwachsungen  Endometriose  Sonstige, welche? \_\_\_\_\_

Totalentfernung \_\_\_\_\_

Behandlungsweise/Therapie:

Chemotherapie  Zystostatika  Bestrahlung  Sonstige, welche? \_\_\_\_\_

Ist eine Hormontherapie erforderlich?  ja  nein

Ist weitere Therapie (z. B. Osteoporoseprophylaxe) oder sind weitere Untersuchungen bzw. Kontrollen erforderlich?  ja  nein

Wenn »ja«, was ist erforderlich? \_\_\_\_\_

Zeitabstände der Kontrolluntersuchungen? \_\_\_\_\_ pro Jahr

Hatten Sie Fehlgeburten?  ja  nein

Wenn »ja«, Ursache? \_\_\_\_\_

Liegt eine Sterilität/Infertilität vor?  ja  nein

Wenn »ja«, besteht Kinderwunsch?  ja  nein

Liegen Entzündungen, Zysten oder Verhärtungen der Brust vor?  ja  nein

Wenn »ja«, um welche Art von Veränderungen handelt es sich? \_\_\_\_\_

Wurde eine Mammographie durchgeführt?  ja  nein

Wenn »ja«, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller: \_\_\_\_\_

### Augenerkrankungen

Wie lautet die ärztliche Diagnose (z. B. grauer Star, Glaukom, Bindehautentzündung)?

Sind beide Augen erkrankt?  ja  nein

Wie werden Sie behandelt (z. B. bei Augentropfen: Name, Dosierung)? \_\_\_\_\_

Sind Kontrolluntersuchungen erforderlich? Wenn »ja«, wie oft?  ja  nein \_\_\_\_\_ pro Jahr

Wurden Sie bereits operiert?  ja  nein

An beiden Augen?  ja  nein nur  links  rechts

Operationsart (z. B. künstliche Linse, Laserbehandlung)? \_\_\_\_\_

War die Operation erfolgreich?  ja  nein

Sind Sie jetzt vollkommen beschwerdefrei?  ja  nein

Wenn »nein«, welche Beschwerden haben Sie noch? \_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller: \_\_\_\_\_

## Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Hüft- oder Kniearthrose, Schulter-Arm-Syndrom, Myalgien, Ischias, HWS-Syndrom, Morbus Scheuermann)?

Welche Beschwerden (z. B. Bewegungsstörungen, Gelenkschmerzen, Gelenkschwellungen, Nervenschmerzen, Entzündungen) liegen vor?

An welchen Körperstellen (genaue Bezeichnung, z. B. linkes Knie) treten oder traten Beschwerden auf?

Welche Art von Therapien oder Untersuchungen wurden durchgeführt?

- Massagen von - bis? \_\_\_\_\_
- Krankengymnastik von - bis? \_\_\_\_\_
- Kuren von - bis? \_\_\_\_\_
- Gelenkspiegelung/Arthroskopie wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_
- Ultraschall/Sonographie wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_
- Röntgen wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_
- Computer-, Kernspintomographie wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_
- Keine
- Sonstige, welche? \_\_\_\_\_

Befunde/Untersuchungsergebnisse? \_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Angina pectoris, arterielle Durchblutungsstörungen, Herzklappenfehler, Herzinfarkt, hoher bzw. niedriger Blutdruck)?

Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie noch (z. B. Atemnot, Herzklopfen oder -schmerzen, Schmerzen in der Brust, Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen, Wadenkrämpfe, Schwindel)?

Wann wurde der Blutdruck zuletzt gemessen? \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis (in Ruhe)? RR syst.: \_\_\_\_\_ RR diast.: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie wegen der Herz-/Kreislauferkrankung Medikamente?  ja  nein

Name? - Dosierung? \_\_\_\_\_

Nikotin (Menge)? \_\_\_\_\_

Alkohol (Menge)? \_\_\_\_\_

Welche Art von Untersuchungen wurde durchgeführt?

- EKG, Ergometrie
- Herzkatheteruntersuchung
- Computer- oder Kernspintomographie
- Sonographie
- Ultraschalluntersuchung
- Doppler- bzw. Farbdoppleruntersuchung
- Sonstige, welche? \_\_\_\_\_

Befund/Untersuchungsergebnisse? \_\_\_\_\_

Nur bei »Bluthochdruck« zu beantworten.

Um welche Form der Hypertonie handelt es sich?

- nierenbedingt (renal)  hormonell bedingt (endokrin)
- Aortenisthmusstenose  ohne bekannte Ursache (essentiell)

sonstige Ursache, welche? \_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Schilddrüsenkrankungen

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. kalter Knoten, heißer Knoten, Schilddrüsenvergrößerung, Thyreoiditis)?

Welche Beschwerden haben Sie (z. B. Gewichtsabnahme bzw. -zunahme, Nervosität, Schweißausbrüche, Kälteempfindlichkeit, Konzentrations- und Gedächtnisschwäche)?

Liegt eine Schilddrüsenvergrößerung vor (Kropf, Struma)?  ja  nein

Hat/Ist das Wachstum der Kropfgeschwulst in den letzten Jahren:

- sich fortgesetzt  zum Stillstand gekommen  zurückgegangen

Funktionslage?  Überfunktion  Unterfunktion  Normalfunktion

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden durchgeführt?

- Blutuntersuchung  Szintigraphie  Punktion
- Ultraschall  Radiojodtest

Sonstige, welche? \_\_\_\_\_

Ergebnis? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?  ja  nein

Name? - Dosierung? \_\_\_\_\_

Wenn »ja«, erfolgt eine rein prophylaktische Einnahme von Medikamenten (z. B. Jodid zur Verhinderung/Entstehung einer Schilddrüsenvergrößerung)?

(Nur mit »ja« zu beantworten, wenn keine Schilddrüsenkrankung vorliegt!)  ja  nein

Nur bei **Überfunktion** zu beantworten:

- dekompensiertes autonomes Adenom (toxisches Adenom)
- diffuse Schilddrüsenautonomie
- Basedow'sche Erkrankung
- sonstiger Befund, welcher? \_\_\_\_\_

nicht bekannt (bitte Name/Anschrift des behandelnden Arztes angeben):

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Nieren-, Harnwegs- und Prostataerkrankungen

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Nierenstein, Harnleiterstein, Entzündung der Nieren, des Nierenbeckens, der Blase, der Prostata oder der Harnwege, Prostatavergrößerung, Prostataadenom)?

Besteht eine der folgenden Erkrankungen/Störungen?

- Zysten  Einzelniere  Doppelnieren  Abflussbehinderungen
- Nierenfunktionsstörungen  keine der genannten

Erfolgt eine Behandlung?  ja  nein

Wenn »ja«, welcher Art? \_\_\_\_\_

Besteht/bestand ein Steinleiden?  ja  nein

Steine oder Gries noch vorhanden?  ja  nein

Wenn »nein«, Art der Entfernung?

- Operation  Zertrümmerung
- medikamentöse Auflösung  Sonstige, welche? \_\_\_\_\_
- natürlicher Abgang

Erfolgt eine Steinprophylaxe?  ja  nein

Sind Sie jetzt vollkommen gesund?  ja  nein

Wenn »nein«, welche Beschwerden bestehen noch? \_\_\_\_\_

Sind noch Kontrolluntersuchungen erforderlich? - Wenn »ja«, wie oft?  ja  nein \_\_\_\_\_ pro Jahr

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Ohrenerkrankungen/Schwerhörigkeit

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Tinnitus, Hörsturz, Menier'sche Erkrankung, Labyrinthkrankheit, Otitis media)?

Welche Beschwerden haben Sie (z. B. Ohrenklingeln, Schwindelanfälle, Sehstörungen)?

Wie oft treten die Beschwerden im Durchschnitt auf? \_\_\_\_\_ pro Tag \_\_\_\_\_ pro Monat

\_\_\_\_\_ pro Jahr

Liegt eine Grunderkrankung vor?  ja  nein

Wenn »ja«, welche?

Besteht ein Loch im Trommelfell?  ja  nein

Besteht eine Schwerhörigkeit?  ja  nein

Tragen Sie ein Hörgerät?  ja  nein  
 einseitig  beidseitig

Hörminderung in Dezibel (dB)? dB rechts: \_\_\_\_\_

dB links: \_\_\_\_\_

Tragen Sie ein Cochlear-Implantat (elektronische Prothese zur Korrektur der Innenohrschwerhörigkeit)?  ja  nein

Liegt eine Sprachstörung vor?  ja  nein

Wenn »ja«, erfolgt eine Therapie (z. B. Sprach- oder Hörschule)?  ja  nein  
Art der Therapie?

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Lungenerkrankungen

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Lungenentzündung, Raucherbronchitis, hyperreagibles Bronchialsystem, Lungenemphysem)?

Liegt eine Einschränkung der Lungenfunktion vor?  ja  nein

Ist die Atmung frei, ohne Schmerzen und Hustenreiz?  ja  nein

Wurde eine Röntgenuntersuchung durchgeführt?  ja  nein

Wenn »ja«, wann? \_\_\_\_\_ und mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine **Tuberkulose (Tbc)** festgestellt?  ja  nein

Wenn »ja«, von wann bis wann wurde die **Tbc** behandelt? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Erfolgte wegen der **Tbc** eine Operation?  ja  nein

Ist die **Tbc** noch aktiv?  ja  nein

Wenn »nein«, seit wann? \_\_\_\_\_

Wann wurde die **Tbc** erstmals festgestellt? \_\_\_\_\_

Stehen Sie noch unter ärztlicher Kontrolle oder Beobachtung?  ja  nein

Haben Sie heute noch Beschwerden?  ja  nein

Wenn »ja«, welche? \_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Migräne/Kopfschmerzen

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?

Symptome/Beschwerden (z. B. Licht-, Geruchs- oder Geräuschempfindlichkeit)?

Wurde eine Ursache festgestellt?  ja  nein

Wenn »ja«, welche?

Haben Sie heute noch Beschwerden?  ja  nein

Wenn »ja«, welche?

Wann sind die Beschwerden erstmals und wann zuletzt aufgetreten? erstmals \_\_\_\_\_ zuletzt \_\_\_\_\_

In welchen Zeitabständen treten die Beschwerden auf? \_\_\_\_\_ pro Tag \_\_\_\_\_ pro Monat

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt?  neurologische Untersuchung

Computertomographie

Kernspintomographie

Sonstige, welche? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? - Dosierung? \_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Psychische Erkrankungen

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Depression)?

Auslöser der psychischen Beschwerden? \_\_\_\_\_

Art der Beschwerden? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? - Dosierung? \_\_\_\_\_

Bei stationärer Behandlung - Dauer? \_\_\_\_\_ Tage

Bei Psychotherapie, Verhaltenstherapie oder anderen Psychotherapieverfahren - gesamte Anzahl der Sitzungen? \_\_\_\_\_

Wurde die Therapie erfolgreich abgeschlossen?  ja  nein

Wenn »ja«, seit wann? \_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Krampfadern/Venenerkrankungen

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Krampfadern, Besenreiservarizen, Thrombophlebitis)?

Seit wann leiden Sie an Krampfadern bzw. Venenerkrankungen? \_\_\_\_\_

Tragen Sie Stützstrümpfe oder Bandagen?  ja  nein

Wie wurden Sie seither behandelt? \_\_\_\_\_

Haben Sie heute noch Beschwerden?  ja  nein

Wenn »ja«, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?  Thrombosen  Embolien

Venenentzündungen (Phlebitis)

chronisch venöse Insuffizienz

Geschwürbildung (Ulkus cruris)

Wann? \_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Rheumatische Erkrankungen

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

Leiden oder litten Sie an

- a) Gelenkrheumatismus (z. B. rheumatoide Arthritis, chronische Polyarthritis, Morbus Bechterew)?  ja  nein
- b) Muskelrheumatismus (z. B. Fibromyalgie)?  ja  nein
- c) Kollagenosen und Vaskulitiden (z. B. Sklerodermie, Lupus erythematodes, Riesenzellarteriitis)?  ja  nein
- d) rheumatischem Fieber?  ja  nein
- e) sonstige rheumatische Erkrankungen?  ja  nein

Wenn e), welche?

Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie noch (z. B. Magen-, Darm- oder Bewegungsstörungen, Gelenkschwellungen, Augenlinsentrübung, Muskelschwund, Herzbeschwerden, Leber- oder Nierenstörungen)?

Wie oft und zu welchen Zeiten traten diese Symptome auf?

Nehmen Sie deswegen Medikamente?  ja  nein

Name? – Dosierung?

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Nervenerkrankungen

Wie wurde Ihr Nervenleiden ärztlicherseits bezeichnet?

Bestanden oder bestehen Symptome wie: Kopfschmerzen, Zittern, Krämpfe, Lähmungen, Erregbarkeit, Schwindel, Ohnmacht usw.?

ja  nein

Wenn »ja«, welche?

Wie oft und zu welchen Zeiten traten diese Symptome auf?

Nehmen Sie deswegen Medikamente?  ja  nein

Name? – Dosierung?

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Medikamentöse Behandlungen

Nehmen Sie Medikamente oder Heilmittel – ggf. auch nur zur reinen Vorbeugung – (z. B. Herz-, Rheuma-, Gichtmittel, blutdruck-, fettstoff- oder harnsäuresenkende Mittel, Antibiotika, Schilddrüsenhormone, Schmerzmittel)?

ja  nein

Wenn »ja«, Name und Dosierung?

Beziehen Sie die Medikamente

- frei aus der Apotheke  
 mit ärztlicher Verordnung

Welcher Arzt (Name/Anschrift) hat die Verordnungen ausgestellt?

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

### Erklärung

Die gemachten Angaben zu den betreffenden Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich allein verantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe.

Ich weiß, dass ich bei Verletzung dieser Pflichten meinen Versicherungsschutz gefährde.

## Epilepsie (Anfallsleiden)

Wie wird Ihr Anfallsleiden ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Grand-Mal-Epilepsie, Petit-Mal-Epilepsie, Narkolepsie)?

Wann ist die Epilepsie zum ersten Mal aufgetreten?

Liegt völlige Ausheilung vor?  ja  nein

Wenn »ja«, seit wann?

Waren die Anfälle mit Bewusstlosigkeit verbunden?  ja  nein

Wenn »ja«, wie lange dauerte die Bewusstlosigkeit? \_\_\_\_\_ Minuten

Haben Sie sich bei einem der Anfälle schon einmal verletzt?  ja  nein

Wenn »ja«, welche (z. B. Zungenbiss, Kopfverletzungen)?

Ursache des Leidens?  Unfallfolge  angeboren

Folge einer Erkrankung (z. B. Hirnhautentzündung)?  ja  nein

Wenn »ja«, welcher Erkrankung?

Nehmen Sie deswegen Medikamente?  ja  nein

Name? – Dosierung?

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller:

## Verletzungen

Wie wurde die Verletzung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Schädelbasisfraktur, Hüftprellung, Schulterverrenkung, Schleudertrauma, Hämatom)?

Ursache der Verletzung?

Welche Körperteile/Organe wurden verletzt (z. B. linkes Bein)?

Bestehen jetzt noch Beschwerden oder Folgen?  ja  nein

Wenn »ja«, welche?

Ist Fremdmaterial eingesetzt worden?  ja  nein

Muss dieses Fremdmaterial wieder entfernt werden?  ja  nein

Welche Behandlungen sind noch geplant bzw. erforderlich (z. B. Krankengymnastik, Metallentfernung)?

Wer trägt die Kosten für die Verletzungsfolgen?

- Unfallgegner  Berufsgenossenschaft  
 Krankenkasse  sonstiger Kostenträger – wer?

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller: