

Zusatzklärung Ohren / Gehör

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)																						
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____																						
Erläuterungen	<p>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.</p> <p>In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.</p>																						
Erkrankung	<p>An welchen Erkrankungen der Ohren/Gehörstörungen leiden oder litten Sie?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung (otitis media)</td> <td><input type="checkbox"/> Außenohrentzündung (otitis externa)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Meniere Krankheit (Gleichgewichtsstörung)</td> <td><input type="checkbox"/> Otosklerose (Schalleitungsstörung)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taubheit</td> <td><input type="checkbox"/> Trommelfelldefekt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrgeräusche)</td> <td><input type="checkbox"/> Hörsturz</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cholesteatom (Mittelohrtumor)</td> <td><input type="checkbox"/> Akustikneurinom (Hörnervtumor)</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> Minderung des Hörvermögens : Hörschwelle bei: <input type="checkbox"/> bis 25 dB <input type="checkbox"/> 26-40 dB <input type="checkbox"/> 41-70 dB <input type="checkbox"/> >70 dB </p> <p><input type="checkbox"/> Welche nicht genannte Erkrankung der Ohren/des Gehörs? _____</p> <p>Die Erkrankung <input type="checkbox"/> besteht seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> bestand von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> am rechten Ohr <input type="checkbox"/> am linken Ohr <input type="checkbox"/> beidseitig</p> <p>Ist die Erkrankung <input type="checkbox"/> angeboren <input type="checkbox"/> unfallbedingt? seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche Grundleiden/Erkrankungsursachen wurden ärztlicherseits festgestellt?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> ein Knalltrauma/dauerhafte Lärmexposition</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eine bakterielle/virale Infektion</td> <td><input type="checkbox"/> ein Tumor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eine Degeneration von Nervenzellen</td> <td><input type="checkbox"/> arterieller Bluthochdruck</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eine Schilddrüsenüberfunktion</td> <td><input type="checkbox"/> eine Meningitis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nebenwirkungen von Medikamenten</td> <td><input type="checkbox"/> vermehrte Produktion von Innenohrflüssigkeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> vermehrte Produktion von Ohrschmalz</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> welche nicht genannten Erkrankungen oder Störungen? _____</p> <p>In welchem Rhythmus trat(en) die Erkrankung(en) bislang auf?</p> <p><input type="checkbox"/> einmalig von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> wiederholt; wie oft? _____ mal wie lange durchschnittlich? _____ Wochen</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr) wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr) </p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> dauernd wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr) wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr) </p> <p style="margin-left: 40px;">(Bei mehreren oder mehrmaligen Erkrankungen bitte entsprechend zuordnen)</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung (otitis media)	<input type="checkbox"/> Außenohrentzündung (otitis externa)	<input type="checkbox"/> Meniere Krankheit (Gleichgewichtsstörung)	<input type="checkbox"/> Otosklerose (Schalleitungsstörung)	<input type="checkbox"/> Taubheit	<input type="checkbox"/> Trommelfelldefekt	<input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrgeräusche)	<input type="checkbox"/> Hörsturz	<input type="checkbox"/> Cholesteatom (Mittelohrtumor)	<input type="checkbox"/> Akustikneurinom (Hörnervtumor)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ein Knalltrauma/dauerhafte Lärmexposition	<input type="checkbox"/> eine bakterielle/virale Infektion	<input type="checkbox"/> ein Tumor	<input type="checkbox"/> eine Degeneration von Nervenzellen	<input type="checkbox"/> arterieller Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> eine Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> eine Meningitis	<input type="checkbox"/> Nebenwirkungen von Medikamenten	<input type="checkbox"/> vermehrte Produktion von Innenohrflüssigkeit	<input type="checkbox"/> vermehrte Produktion von Ohrschmalz	
<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung (otitis media)	<input type="checkbox"/> Außenohrentzündung (otitis externa)																						
<input type="checkbox"/> Meniere Krankheit (Gleichgewichtsstörung)	<input type="checkbox"/> Otosklerose (Schalleitungsstörung)																						
<input type="checkbox"/> Taubheit	<input type="checkbox"/> Trommelfelldefekt																						
<input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrgeräusche)	<input type="checkbox"/> Hörsturz																						
<input type="checkbox"/> Cholesteatom (Mittelohrtumor)	<input type="checkbox"/> Akustikneurinom (Hörnervtumor)																						
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ein Knalltrauma/dauerhafte Lärmexposition																						
<input type="checkbox"/> eine bakterielle/virale Infektion	<input type="checkbox"/> ein Tumor																						
<input type="checkbox"/> eine Degeneration von Nervenzellen	<input type="checkbox"/> arterieller Bluthochdruck																						
<input type="checkbox"/> eine Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> eine Meningitis																						
<input type="checkbox"/> Nebenwirkungen von Medikamenten	<input type="checkbox"/> vermehrte Produktion von Innenohrflüssigkeit																						
<input type="checkbox"/> vermehrte Produktion von Ohrschmalz																							
Untersuchungen	<p>Welche Untersuchungen wurden in den letzten 5 Jahren durchgeführt?</p> <p><input type="checkbox"/> Untersuchung des Hörvermögens? wann? _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p> <p>Ergebnis: rechtes Ohr _____ linkes Ohr _____</p> <p>Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____</p> <p>_____</p>																						

Zusatzklärung Ohren / Gehör

Zu versichernde Person: _____

Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____

Seite 2 von 3

Ohrenspiegelung? wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär
 Ergebnis: rechtes Ohr _____ linkes Ohr _____
 Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____

Röntgenuntersuchung? wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär
 Ergebnis: _____
 Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____

Computertomographie wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär
 Ergebnis: _____
 Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____

**Ärzte /
Behandlung**

Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren von wann bis wann behandelt (Name und Anschrift)

Wie wurden die Erkrankungen/Beschwerden behandelt?

keine Behandlung erfolgt keine Behandlung mehr seit _____ (Monat/Jahr)

Infusionstherapie von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Hörgerät: rechtes Ohr linkes Ohr beidseitig
 Tinnitus-Kontrollgerät rechtes Ohr linkes Ohr beidseitig

Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben _____

Die Einnahme erfolgt(e) derzeit noch immer regelmäßig nur bei Bedarf
 nicht mehr seit _____ (Monat/Jahr)

Die Symptome haben sich verbessert verschlechtert sind gleich geblieben

Welche Operationen/minimalinvasive Eingriffe wurden in den letzten 10 Jahren durchgeführt? _____
 _____ wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____

Welche Organe oder welches Gewebe wurde(n) dabei entfernt? _____

Der Gewebefund (Histologie) war gutartig bösartig (bitte Kopie des Befundes mitschicken)

Die TNM-Einstufung lautete _____

Wurde Chemo-/Strahlentherapie durchgeführt? nein ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Welche Operationen/minimalinvasive Eingriffe sind geplant/ärztlicherseits angedacht? _____
 _____ wann? _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

Sonstige Behandlung _____ wann? _____ (Monat/Jahr)

Zusatzklärung Ohren / Gehör

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 3 von 3

Die Symptome haben sich verbessert verschlechtert sind gleich geblieben

Waren Sanatoriums-oder Kuraufenthalte erforderlich?
 nein ja, wann _____ (Monat/Jahr)

In welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____

Wurden Sie als geheilt aus der Behandlung entlassen? nein ja, wann _____ (Monat/Jahr)

Welche Folgen/Beschwerdesymptome bestehen derzeit noch? _____

Welcher Arzt behandelt/kontrolliert derzeit? _____

Weitere Fragen an die zu versichernde Person

Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?
 nein ja, warum? _____
wie lange? _____ Wochen wie oft _____ mal wann zuletzt _____ (Monat/Jahr)

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?
 nein ja, was ist der Grund dafür? _____

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?
 nein ja, was ist der Grund dafür? _____

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? nein ja
Planen Sie einen solchen Wechsel? nein ja
Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? nein ja

Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!
Bitte immer beantworten:
Folgen noch weitere Angaben?
 ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten
 ja, es folgen noch weitere Angaben

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Belehrung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?
Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.