

# Augenerkrankungen - Z 6



Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG  
Abt. B - Risikoprüfung  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg  
AD-Nr.:

1. Welche Augenerkrankung/Sehstörungen besteht oder bestand bei Ihnen?

Besteht die Erkrankung  einseitig  beidseitig  
 rechts  links

2. Welche Beschwerden/Symptome bestehen/bestanden in Bezug auf die Erkrankung?  
(z. B.: Doppelbilder, "unscharf" sehen, Kopfschmerzen, ...)

3. Ist die Erkrankung/Sehstörung

angeboren  unfallbedingt  unbekannter Ursache

Folge einer anderen Erkrankung Welcher? \_\_\_\_\_

4. Wie tritt oder trat die Erkrankung auf?

einmalig von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wiederholt seit wann? \_\_\_\_\_ wann zuletzt? \_\_\_\_\_

dauernd seit wann? \_\_\_\_\_

5. Hat Ihre Augenerkrankung/Sehstörung Folgen oder Beschwerden hinterlassen?

nein, keine Folgen/Beschwerden mehr seit: \_\_\_\_\_

ja, Art der Folgen/Beschwerden: \_\_\_\_\_

6. Wie wird oder wurde Ihre Augenerkrankung/Sehstörung behandelt?

Korrektur mit Brille rechts dpt (sphär. Wert): \_\_\_\_ links dpt sphär. Wert) \_\_\_\_\_

Korrektur mit Kontaktlinsen rechts dpt (zyl. Wert): \_\_\_\_\_ links dpt (zyl.. Wert) \_\_\_\_\_

Augentropfen Präparatname: \_\_\_\_\_

Weitere Medikamente Präparatname: \_\_\_\_\_

Operation/Operation geplant Welche? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Laserbehandlung Wann? \_\_\_\_\_ Welches Auge: \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Keine Behandlung Seit wann? \_\_\_\_\_

7. Welche Untersuchungen wurden bei Ihnen durchgeführt?

Untersuchung der Sehschärfe Wann? \_\_\_\_\_

Bei Astigmatismus/Hornhautverkrümmung: Ergebnis rechtes Auge: \_\_\_\_\_  
Haben sich die Dioptrienwerte für den linkes Auge: \_\_\_\_\_  
Astigmatismus (zylindr. dpt-Wert) in den  
letzten 5 Jahren verändert?  nein  
 ja - bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Untersuchung des Augeninnendruckes Wann? \_\_\_\_\_

Bei Glaukom: Ergebnis rechtes Auge: \_\_\_\_\_  
Ist der Augeninnendruck in den letzten linkes Auge: \_\_\_\_\_  
5 Jahren im Normbereich?

Untersuchung des Gesichtsfeldes Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis rechtes Auge: \_\_\_\_\_  
linkes Auge: \_\_\_\_\_

Untersuchung des Augenhintergrundes Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis rechtes Auge: \_\_\_\_\_  
linkes Auge: \_\_\_\_\_

Blutdruckmessung Wann? \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

Blutzuckerkontrolle Wann? \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

Keine Untersuchung

8. Bestehen neben der Augenerkrankung/ Sehstörung zusätzliche Erkrankungen?  nein  
 ja - welche? \_\_\_\_\_

9. Haben Sie wegen Ihrer Erkrankung/Sehstörung einen Berufswechsel vorgenommen oder wurde dieses ärztlicherseits angeraten?  nein  
 ja - bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer Augenerkrankung/Sehstörung in oder wurde dieses ärztlicherseits angeraten?  Hausarzt  Augenarzt  
Behandlung? Name/Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Zusätzliche Angaben:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Z6