



HanseMerkur

Nieren-, Blasen- und Harnwegserkr. - Z 19

Versicherungsscheinnr: /
 Versicherte Person:
 Geburtsdatum:
 Berufliche Tätigkeit:

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

1. An welcher/n Erkrankung(en) der Nieren, der Harnwege oder der Harnblase litten bzw. leiden Sie (z.B. Nierenentzündung, Blasendivertikel)?

2. Bei Nierenerkrankung(en):

Bestand oder besteht die Erkrankung einseitig? beidseitig?

3. Welche Beschwerden / Symptome bestehen / bestanden in Bezug auf die Erkrankung? (z. B.: Koliken, Blut im Urin, erschwertes Harnlassen, ...)

4. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden

Einmalig? von: _____ bis: _____
 Wiederholt? Seit wann? _____ Wann zuletzt? _____
 Dauernd? Seit wann? _____

5. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

Nein, keine Folgen/Beschwerden mehr seit: _____
 Ja, Art der Folgen/Beschwerden: _____

6. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? Dauer?

nein
 ja, einmal von _____ bis _____
 ja, mehrmals

7. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Welche Untersuchungen / Behandlungen

8. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden behandelt?

- keine Behandlung
- Medikamente von _____ bis _____
 - regelmäßig bei Bedarf mit _____
 - regelmäßig bei Bedarf mit _____
- Operation durchgeführt Wann? _____
Name/Anschrift des behandelnden Krankenhauses

- Operation angedeutet Name/Anschrift des behandelnden Arztes

- Sonstige Behandlung Welche? _____

9. Wurden Urinuntersuchungen durchgeführt? (weiße/rote Blutkörperchen vermehrt, Eiweiß, Sediment?)

- Nein
- Ja, zuletzt am: _____ Ergebnis: _____

10. Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt (Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, ...)?

- Nein
- Ja, zuletzt am: _____ Ergebnis: _____

11. Wurden Blutdruckwerte gemessen? Ja (Ergebnisse bitte eintragen) nein

Blutdruckwert am	Datum _____	Datum _____	Datum _____
in Ruhe	_____/_____ mm HG systolisch / diastolisch	_____/_____ mm HG systolisch / diastolisch	_____/_____ mm HG systolisch / diastolisch

12. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ja
ausüben? (Wenn nein, welche nein, Einschränkungen: _____
Einschränkungen bestehen?)

13. 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.

