



# HanseMercur

## Nierensteine, Blasensteine - Z 20

Versicherungsscheinnr: /  
 Versicherte Person:  
 Geburtsdatum:  
 Berufliche Tätigkeit:

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

1. Wann sind die Steine der Niere / Harnwege  
 erstmals festgestellt worden? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

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

3. Wann sind die Beschwerden erstmals  
 aufgetreten? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

4. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden /  
 Symptome aufgetreten? \_\_\_\_\_

5. Art und Größe der Steine?  
 (z. B. Kelchstein, Grieß o. ä.) Art \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

6. Wo traten die Steine auf?  
 (bei wiederholtem Auftreten bitte auch das  
 Datum angeben)

<input type="checkbox"/>	rechte Niere	am _____
<input type="checkbox"/>	linke Niere	am _____
<input type="checkbox"/>	rechter Harnleiter	am _____
<input type="checkbox"/>	linker Harnleiter	am _____
<input type="checkbox"/>	Blasenstein	am _____
<input type="checkbox"/>	_____	am _____

7. Um welchen Kristalltyp handelt(e) es sich?

<input type="checkbox"/>	Harnsäurestein
<input type="checkbox"/>	Calciumoxalatstein
<input type="checkbox"/>	Calciumphosphatstein
<input type="checkbox"/>	Zystinstein
<input type="checkbox"/>	unbekannt

8. Sind Sie wegen des Steinleidens operiert worden?

<input type="checkbox"/>	nein		
<input type="checkbox"/>	Ja, _____ mal	<input type="checkbox"/>	Nierentfernung am _____ links/rechts
		<input type="checkbox"/>	Schlingenextraktion am _____ links/rechts
		<input type="checkbox"/>	Nephrotomie am _____ links/rechts (Eröffnung der Niere von außen)
		<input type="checkbox"/>	_____ am _____ links/rechts

9. Welche sonstige Therapie wurde eingeleitet?  
(z. B. Stoßwellenbehandlung (ESWL), medikamentöse Behandlung, Laser)

Art der Therapie: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Medikament - Name: \_\_\_\_\_

Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

10. Sind die Steine spontan abgegangen?  ja, am \_\_\_\_\_  nein

11. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?  
(Wenn nein, welche sonstigen Folgen /  
Beschwerden bestehen noch?)  ja, seit \_\_\_\_\_  
 nein, Folgen \_\_\_\_\_

12. Bestehen noch Steine, Steinreste,  
Grieß o.ä.?  ja  nein  
 unbekannt

13. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden /  
Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann?  nein  
 ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Dauer?

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

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Welche Untersuchungen / Behandlungen

15. Ist eine Ultraschalluntersuchung  
(Sonographie) der Nieren erfolgt? Wann?  nein  
Durch wen? Ggf. Ergebnis?  ja, am \_\_\_\_\_  
Ergebnis \_\_\_\_\_

16. Wurden Urinuntersuchungen durchgeführt?  
(weiße / rote Blutkörperchen vermehrt?  
Eiweiß? Sediment etc.)?  nein  
 ja, zuletzt am \_\_\_\_\_  
Ergebnis \_\_\_\_\_

18. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?)

ja

nein, Einschränkungen: \_\_\_\_\_

19. 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

Z 20