



Ohren - Z 21

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

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

1. Welche Ohrenerkrankung besteht oder bestand bei Ihnen?

Besteht die Erkrankung [] rechts [] links
[] beidseitig

2. Welche Beschwerden bestehen / bestanden? (z.B.: Ohrgeräusche, Schwindel, Schmerzen, Hörminderung, Hörverlust,...)

3. Ist die Erkrankung

[] 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 Ohrenerkrankung Folgen oder Beschwerden hinterlassen?

[] Nein, keine Folgen / Beschwerden mehr seit: _____

[] Ja. Beschwerden seit: _____

[] Hörminderung [] Schwindel/Gleichgewichtsstörungen

[] Tinnitus/Ohrgeräusche [] Augenzittern

[] Taubheit [] Sonstiges: _____

6. Wie wird Ihre Ohrenerkrankung behandelt?

[] Keine Behandlung seit: _____

[] Medikamente Präparatname: _____

[] Infusionstherapie Wann: _____ Wie lange: _____

[] Hörgerät Welches Ohr? _____

[] Tinnitus-Masker/ Tinnitus-Control-Instrument Welches Ohr? _____

[] Operation/Operation geplant Welche? _____ Wann? _____

