

Augenerkrankungen - Z 6



Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

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? Behandlung? Hausarzt Augenarzt
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