

**Nierensteine, Blasensteine - Z 20**



Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Wann sind die Steine der Niere / Harnwege  
erstmal 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 erstmal  
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"/>	Zystin
<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
		<input type="checkbox"/>	Schlingenextraktion
		<input type="checkbox"/>	Nephrotomie (Eröffnung der Niere von außen)
		<input type="checkbox"/>	_____

	am	_____	links/rechts
	am	_____	links/rechts
	am	_____	links/rechts
	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  
 ja, am \_\_\_\_\_  
Durch wen? Ggf. Ergebnis?  
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