

Tumor - Z 26



Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

- 1. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z. B. Fettgeschwulst, Lipom etc.) _____
- 2. An welchem Körperteil/in welchem Organ befindet/befand sich der Tumor? _____
- 3. Welche Beschwerden/Symptome bestehen/bestanden in Bezug auf die Erkrankung? _____
- 4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? _____ (Monat/Jahr)
- 5. Ist die operative Tumorentfernung erfolgt?
Wenn ja, wann? _____
- Konnte der Tumor vollständig entfernt werden? nein ja
- Kam es zu erneutem Auftreten des Tumors? nein ja
- 6. Sind Sie zu Kontrolluntersuchungen gegangen?
Wenn ja, wann zuletzt? Ergebnis? nein ja, am _____

- 7. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?
Wenn nein, welche Folgen/Beschwerden bestehen noch? ja, seit: _____
 nein, Folgen/Beschwerden _____
- 8. Falls keine Operation erfolgte:
- wie wurde die Art der Geschwulst exakt festgestellt (z.B. Probeexcision, Punktion)? _____
- wird regelmäßig auf Größenzunahme kontrolliert (wenn ja, wann zuletzt?) nein ja, am _____
- konnte Größenzunahme ausgeschlossen werden? nein ja
- 9. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente?
(Wenn ja, welche? Dosierung?) nein ja, Präparatname: _____

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

Name/Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

11. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen oder anderen Strahlen behandelt (= bestrahlt) worden?
Wann? Durch wen?

nein ja Datum: _____ Arzt: _____

Welche Behandlung? _____

12. Wurde eine chemotherapeutische Behandlung, Interferon-, Hormontherapie o.Ä. durchgeführt?
Wann? Durch wen?

nein ja Datum: _____ Arzt: _____

Welche Behandlung? _____

13. Wurde oder wird eine sonstige Nachsorgebehandlung durchgeführt? Wann? Durch wen?

nein ja Datum: _____ Arzt: _____

Welche Behandlung? _____

14. Besteht oder bestand eine Minderung der
Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung
oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

nein
 ja _____ % GdB/MdE

15. Konnte bei dem Tumor **Bösartigkeit** mit Sicherheit
ausgeschlossen werden?

nein
 ja unbekannt

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

nein
 ja, einmal von _____ bis _____
 ja, mehrmals

17. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?
Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?

ja
 nein, Einschränkungen: _____

18. 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 26