

Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?  
(z.B.: Ausfluss, Schmerzen, Blutungen, ...)

\_\_\_\_\_

3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden:

einmalig? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wiederholt? seit wann? \_\_\_\_\_ wann zuletzt? \_\_\_\_\_

dauernd? seit wann? \_\_\_\_\_

4. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden behandelt?

Keine Behandlung

Medikamente von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

regelmäßig  bei Bedarf mit \_\_\_\_\_

regelmäßig  bei Bedarf mit \_\_\_\_\_

Operation durchgeführt (z.B.: Ausschabung, Konisation o.Ä.) Wann? \_\_\_\_\_ Art der OP: \_\_\_\_\_  
Name/Anschrift des behandelnden Krankenhauses

\_\_\_\_\_

**Im Falle einer Geschwulst o.Ä.:**

**Konnte Bösartigkeit mit Sicherheit ausgeschlossen werden?**  ja  nein

Operation angeraten Wann? \_\_\_\_\_ Art der OP: \_\_\_\_\_

Name/Anschrift des behandelnden Arztes

\_\_\_\_\_

Strahlen-, Chemotherapie Wann? \_\_\_\_\_

Name/Anschrift des behandelnden Arztes

\_\_\_\_\_

Sonstige Behandlung Welche? \_\_\_\_\_

5. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

nein, keine Folgen/Beschwerden seit: \_\_\_\_\_

ja, Art der Folgen/Beschwerden: \_\_\_\_\_

6. Wurde eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie) oder Röntgenuntersuchung des Bauches vorgenommen? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann? Ergebnis?)  nein  ja \_\_\_\_\_

7. Kennen Sie den Befund Ihrer letzten gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung?  nein  ja, PAP \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

8. Sind aufgrund der Erkrankung regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wie oft, Ergebnisse?)  nein  ja, zuletzt am \_\_\_\_\_

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

Name/Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Dauer?  nein  ja, einmal von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  ja, mehrmals

11. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?  nein  ja \_\_\_\_\_ % GdB/MdE

12. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?  ja  nein, \_\_\_\_\_

13. 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.