

### **Detaillierte Selbstauskunft**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Allergie                            | 11. Knochenbruch                                |
| 2. Augenerkrankungen                   | 12. Krampfadern / sonst. Venenerkrankungen      |
| 3. Frauenkrankheiten                   | 13. Kropf- und Schilddrüsenerkrankungen         |
| 4. Gastritis / Refluxerkrankungen      | 14. Medikamenteneinnahme                        |
| 5. Hämorrhoiden                        | 15. Migräne / Kopfschmerzen                     |
| 6. Hauterkrankungen                    | 16. Prostata-, Harnwegs- und Nierenerkrankungen |
| 7. Heuschnupfen                        | 17. Tinnitus                                    |
| 8. HNO                                 | 18. Wirbelsäulen- und Rückenbeschwerden         |
| 9. Hypertonie                          |   |
| 10. Knie- und Sprunggelenkerkrankungen |   |

**Stand Januar 2020**

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragsservice  
 20911 Hamburg

## 1. Selbstauskunft Allergie

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden):			

<b>Seit wann besteht die Allergie?</b>	
<b>Welche allergieauslösenden Ursachen sind bekannt?</b>	<input type="checkbox"/> Hausstaub <input type="checkbox"/> Schimmelpilzsporen <input type="checkbox"/> Insektenstiche <input type="checkbox"/> Tierhaare <input type="checkbox"/> Pollen von Gräsern, Bäumen, Getreide <input type="checkbox"/> Medikamente, Farbstoffe, Kosmetika, Chemikalien, Metalle <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, ggf. welche? _____ <input type="checkbox"/> ggf. weitere: _____
<b>Welche Beschwerden (Symptome) treten auf?</b>	<input type="checkbox"/> Schwellungen <input type="checkbox"/> Hautausschläge, Hautjucken <input type="checkbox"/> Schockzustand <input type="checkbox"/> Erbrechen, Durchfall, Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> erschwertes Atmen <input type="checkbox"/> Niesanfälle, Augentränen, Augen- und Rachenjucken <input type="checkbox"/> ggf. folgende weitere: .....
<b>Ist die Allergie jahreszeitabhängig und ggf. über welchen Zeitraum tritt sie auf?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von..... bis.....
<b>Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?</b>	
<b>Wurde ein Allergiepass ausgestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Kopie anbei <input type="checkbox"/> Nein
<b>Besteht eine asthmatische Beteiligung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Welche Therapie wurde bisher durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Medikamente/Sprays (bitte Arzneimittelnamen angeben): _____ <input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Hyposensibilisierung <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> stationäre Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> ggf. folgende weitere _____
<b>Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?</b>	
<b>Sind weitere Untersuchungen (z. B. Allergietest) oder Behandlungen (z. B. Hyposensibilisierung) angeraten oder beabsichtigt?</b>	
<b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern / Sanatorien fanden bisher Behandlungen / Heilmaßnahmen statt?</b>  (Bitte Namen und die vollständige Anschrift angeben)	

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)
------------	--

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragsservice  
 20911 Hamburg

## 2. Selbstauskunft Augenerkrankungen

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden):			

<b>Wie lautet die ärztliche Diagnose?</b> (z. B. Grauer Star, Glaukom)	
<b>Welches Auge ist betroffen?</b>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beide
<b>Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?</b>	
<b>Wie wurde/wird mitbehandelt?</b> (bei Medikamenten bitte Namen und Dosierung angeben -z. B. Blutdruck senkende Mittel)	
<b>Wurden Sie operiert?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Art der Operation:
<b>Wurde der Krankheitszustand durch die Operation behoben?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Bestehen heute noch Beschwerden/Folgen?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____
<b>Ist die Erkrankung ausgeheilt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Falls Sie Brillen- oder Kontaktlinsenträger(-in) sind: Welche Stärken haben Ihre Gläser/Linsen?</b>	_____ Dioptr./links      _____ Dioptr./rechts
<b>Wann hat sich Ihre Sehstärke zuletzt geändert?</b>	
<b>Ergebnis der Augeninnendruckmessung?</b>	
<b>Welche Behandlungen sind geplant bzw. noch erforderlich?</b> (z. B. Laserung)	
<b>Was ist die Ursache der Erkrankung?</b> (z. B. Diabetes, Bluthochdruck)	
<b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?</b> <small>(Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben)</small>	

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)
------------	--

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragsservice  
 20911 Hamburg

### 3. Selbstauskunft Frauenkrankheiten

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden):			

<b>Wie lautet die ärztliche Diagnose?</b> (z.B. Myom, Zyste)	
<b>Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?</b> Unterleib: Gebärmutter, Eierstöcke (z. B. Schmerzen, Blutungen, Ausfluss)?  Brustbeschwerden (z. B. Entzündung, Verhärtung, Zysten)?	
<b>Wann sind sie erstmals aufgetreten?</b>	
<b>Wann sind sie letztmals aufgetreten?</b>	
<b>Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?</b>	
<b>Wie wurde/wird behandelt?</b> (z. B. Operation, Bestrahlung, Chemotherapie)	
<b>Welche Medikamente nehmen Sie noch ein?</b> (Namen und Dosierung angeben)	
<b>In welchen Zeitabständen müssen Sie sich einer Kontrolluntersuchung unterziehen?</b>	
<b>Hatten Sie Fehlgeburten?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ Ursache: _____
<b>Liegt Sterilität vor?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?</b>	
<b>Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?</b> (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben)	

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragsservice  
 20911 Hamburg

#### 4. Selbstauskunft Gastritis / Refluxerkrankungen

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden):			

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?	
Seit wann besteht die Krankheit?	
Über welche Zeiträume bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden?	
Welche Beschwerden traten auf?	
Wurde eine Magenspiegelung durchgeführt oder an-geraten?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein Falls "ja", bitte Befund der Magenspiegelung beifügen.
Welche Medikamente werden eingenommen und in welcher Dosierung?	
Wann fand die letzte Behandlung statt?	
Seit wann besteht Beschwerdefreiheit?	
Bei welchen Ärzten oder Heilpraktikern fanden bis-her Behandlungen wegen dieser Erkrankung statt? <small>(Bitte Namen und die vollständige Anschrift angeben)</small>	
Ursachen (z. B. Hiatushernie)?	

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragsservice  
 20911 Hamburg

**5. Selbstauskunft Hämorrhoiden**

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden):			

Seit wann bestehen bzw. bestanden die Hämorrhoiden?	
Handelt es sich um innere oder äußere Hämorrhoiden?	<input type="checkbox"/> innere <input type="checkbox"/> äußere
Wie oft und in welchen Abständen wurden Sie wegen der Hämorrhoiden behandelt?	
Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?	
Bestehen noch Hämorrhoidalbeschwerden?	
Welche Behandlungen waren erforderlich?	<input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Verödung <input type="checkbox"/> Ggf. welche sonst? _____
Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und die vollständige Anschrift angeben)	

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragsservice  
 20911 Hamburg

## 6. Selbstauskunft Hauterkrankungen

Versicherungsnehmer		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden):			

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> allergische Hauterkrankung <input type="checkbox"/> ggf. wie sonst? _____	<input type="checkbox"/> Psoriasis/Schuppenflechte <input type="checkbox"/> Hautpilzerkrankung
Welche Körperteile waren bzw. sind von der Erkrankung betroffen?		
Größe der betroffenen Stellen?		
Welche Medikamente werden / wurden verordnet?		
Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?		
Welche Behandlungen wurden durchgeführt?		
Hat eine Krankenhausbehandlung stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls "ja", wann und wie lange? _____	
Wurde eine Kur oder Klimakur vom Arzt angeraten oder eine solche beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind die Ursachen bekannt? Bestehen Organ- oder Gelenkbeteiligungen?		
Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und die vollständige Anschrift angeben)		

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)
------------	--



Advigon Versicherung AG  
KV-Antragsservice  
20911 Hamburg

## 7. Selbstauskunft Heuschnupfen

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden)			

<b>Seit wann besteht der Heuschnupfen?</b>	
<b>Zu welcher Jahreszeit treten die Beschwerden auf?</b>	
<b>Welcher Art sind die Beschwerden / Symptome?</b> (z. B. Niesanfalle, Augentränen, erschwertes Atmen)	
<b>Wurde bereits ein Allergietest oder eine Hyposensibilisierung durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/> ja und zwar _____ am _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Sind die den Heuschnupfen auslösenden Ursachen bekannt?</b>	<input type="checkbox"/> ja und zwar _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Besteht eine asthmatische Beteiligung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Welche Medikamente wurden bzw. werden genommen?</b>	
<b>War bzw. ist eine weitere Behandlung in Form von Spritzen oder Inhalationen (auch Sprays) notwendig?</b>	
<b>Sind weitere Untersuchungen (z. B. Allergietest) oder Behandlungen (z. B. Hyposensibilisierung) angeraten oder beabsichtigt?</b>	
<b>Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?</b>	
<b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchem Krankenhaus fanden bisher Behandlungen statt?</b> (Bitte Namen und die vollständige Anschrift angeben)	

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)



Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragservice  
 20911 Hamburg

## 8. Selbstauskunft HNO

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden):			

<b>Wie wird die Erkrankung bezeichnet?</b> (z. B. Meniersche Krankheit, Tinnitus, Hörsturz, Cholesteatom, Taubheit, Schwerhörigkeit, Nasennebenhöhlenentzündung, Septumdeviation, Nasenmuschelhypertrophie, Schnarchen, Schlafapnoe, Tonsillitis)	
<b>Welche Beschwerden haben/hatten Sie?</b> (z. B. Hörsturz, Ohrgeräusche)	
<b>Ist die Ursache der Erkrankung bekannt und seit wann besteht die Erkrankung?</b>	
<b>Tragen Sie ein Hörgerät?</b>	<input type="checkbox"/> ja, links <input type="checkbox"/> ja, rechts <input type="checkbox"/> ja, bds <input type="checkbox"/> nein
<b>Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ist der Hörnerv noch intakt?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?</b>	
<b>Welche Therapie wurde angewandt?</b>	
<b>Leiden/litten Sie an Schwindelanfällen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Von wann bis wann, wie und wie oft wurden Sie behandelt?</b>	
<b>Haben Sie jetzt noch Beschwerden?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ <input type="checkbox"/> nein, nicht mehr seit dem _____
<b>Fanden wg. der Erkrankung bereits Krankenhausaufenthalte statt und wenn ja, wann, welche und mit welchem Ergebnis?</b>	
<b>Ist ein Krankenhausaufenthalt oder eine Operation angeraten?</b>	
<b>Wurden Medikamente eingenommen, wenn ja, wann und in welcher Dosierung?</b>	
<b>Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?</b> (z. B. Hörgeräteversorgung, Operation, Cochlea-Implantation)	
<b>Welcher Arzt kann Auskunft geben?</b> (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben)	
<b>Bestanden wg. dieser Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragsservice  
 20911 Hamburg

## 9. Selbstauskunft Hypertonie

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden):			

Seit wann besteht der Bluthochdruck?	
Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?	
Bitte den letzten gemessenen Blutdruckwert angeben:	
Welche Medikamente nehmen Sie ein und in welcher Dosierung?	
Sind die Ursachen des Bluthochdrucks bekannt?	
Liegt eine Erhöhung des Cholesterinwertes vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____
Wurde schon einmal ein EKG oder Langzeit-EKG oder eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn „ja“, bitte Untersuchungsbefund beifügen Falls "nein", ist eine solche Untersuchung angeraten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? <small>(Bitte Namen und die vollständige Anschrift angeben)</small>	

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)
------------	--

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragservice  
 20911 Hamburg

## 10. Selbstauskunft Knie- und Sprunggelenkerkrankungen

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden)			
Ist die Erkrankung zurückzuführen auf	<input type="checkbox"/> einen angeborenen Fehler? <input type="checkbox"/> einen Unfall? <input type="checkbox"/> ggf. worauf sonst? _____		
Seit wann bestehen Beschwerden bzw. wann ereignete sich der Unfall?			
Welche Körperteile sind betroffen?	<input type="checkbox"/> linkes Kniegelenk? <input type="checkbox"/> rechtes Kniegelenk? <input type="checkbox"/> linkes Sprunggelenk? <input type="checkbox"/> rechtes Sprunggelenk? <input type="checkbox"/> Ggf. welche weiteren? _____		
Art der Schädigungen?	<input type="checkbox"/> Sehnenverletzung? <input type="checkbox"/> Bruch? <input type="checkbox"/> Knorpelschaden? <input type="checkbox"/> Weichteilverletzung? <input type="checkbox"/> Muskelverletzung? <input type="checkbox"/> Bandverletzung? ( <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Anriss <input type="checkbox"/> Abriss ) <input type="checkbox"/> Kreuzbandverletzung ( <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Anriss <input type="checkbox"/> Abriss ) <input type="checkbox"/> Meniskusverletzung ( <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Anriss <input type="checkbox"/> Abriss ) <input type="checkbox"/> Abnutzungserscheinungen? <input type="checkbox"/> Ggf. um was sonst? _____		
Erfolgten die Untersuchungen bzw. Behandlungen	<input type="checkbox"/> durch den Hausarzt? <input type="checkbox"/> durch einen Heilpraktiker? <input type="checkbox"/> im Krankenhaus? <input type="checkbox"/> in einer Kurklinik oder im Sanatorium? <input type="checkbox"/> durch einen Facharzt, z.B. einen Orthopäden?		
Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?			
Welche Untersuchungsergebnisse liegen Ihnen vor (z. B. CT)?	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus? <input type="checkbox"/> durch einen Heilpraktiker? <input type="checkbox"/> durch einen Facharzt, z. B. einen Orthopäden? <input type="checkbox"/> durch den Hausarzt? <input type="checkbox"/> in einer Kurklinik oder im Sanatorium?		
Wann und wie lange fanden in den letzten drei Jahren jeweils Behandlungen statt?			
Welche Maßnahmen wurden vom Heilbehandler angeordnet bzw. vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Spritzen? <input type="checkbox"/> Packungen? <input type="checkbox"/> Bäder? <input type="checkbox"/> Verbände? <input type="checkbox"/> Gips? <input type="checkbox"/> Eine Operation? <input type="checkbox"/> Krankengymnastik? <input type="checkbox"/> Wärmebehandlung, z. B. Bestrahlungen? <input type="checkbox"/> Medikamente, ggf. welche? _____		
Ist die Bewegungsfähigkeit wieder hergestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, teilweise <input type="checkbox"/> Ja, vollständig		
Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, seit wann? _____		

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)
------------	--

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragservice  
 20911 Hamburg

### 11. Selbstauskunft Knochenbruch

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden)			

Um welche Knochen handelt es sich?	
Wann ereignete sich der Bruch?	
Wie oft im Monat tritt die Migräne auf?	
Wurde der Bruch mit Material (Nagel, Draht, Platte etc.) versorgt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar am: _____
Wurde das Material bereits entfernt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann? _____
Ist eine Materialentfernung vorgesehen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann? _____
Bestehen derzeit noch Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____
Wurden physikalische Maßnahmen (z. B. Krankengymnastik) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____
Sind die physikalischen Maßnahmen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die Beweglichkeit wieder vollständig hergestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden noch Kontrolluntersuchungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt am _____
Wann ist die nächste Kontrolluntersuchung vorgesehen?	
Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben)	

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)
------------	--

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragsservice  
 20911 Hamburg

## 12. Selbstauskunft Krampfadern / sonst. Venenerkrankungen

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden):			

<b>Seit wann bestehen die Krampfadern?</b>	
<b>Wo bestehen die Krampfadern?</b>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel
<b>In welcher Ausdehnung und Dicke bestehen die Krampfadern</b> (bleistift dick, fingerdick)?	
<b>Besteht oder bestand eine</b>	<input type="checkbox"/> Thrombose? <input type="checkbox"/> Embolie? <input type="checkbox"/> Thrombophlebitis? <input type="checkbox"/> Krampfadereentzündung? <input type="checkbox"/> Krampfaderrbruch? <input type="checkbox"/> Krampfadergeschwür? Seit wann? _____
<b>Oder litten Sie an</b>	<input type="checkbox"/> Schmerzen? Bitte angeben wo: _____ <input type="checkbox"/> offenen Beinen? <input type="checkbox"/> angeschwollenen Beinen?
<b>Wurde eine Operation durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, wann? _____
<b>Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?</b>	
<b>Müssen Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit viel stehen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?</b> (Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben)	

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum      Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Advigon Versicherung AG

KV-Antragservice

20911 Hamburg

### 13. Selbstauskunft Kropf- und Schilddrüsenerkrankungen

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden)			

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?	
Seit wann besteht die Erkrankung?	
Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?	
Welche Beschwerden haben Sie? (z.B. Atemnot, Heiserkeit, Pulsbeschleunigungen oder Herzklopfen?)	
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar (Name, Dosierung) _____
Liegen die Schilddrüsenwerte im Normalbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Knotenbildung?	<input type="checkbox"/> ja, warm <input type="checkbox"/> ja, kalt <input type="checkbox"/> nein
Wurde eine Radiojodtherapie angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde eine Radiojodtherapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, von wann bis wann und mit welchem Ergebnis? _____
Leiden Sie an einer	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion? <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion?
Besteht ein Kropf?	<input type="checkbox"/> ja, Grad _____ <input type="checkbox"/> nein
Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist die Kropfgeschwulst zum Stillstand gekommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls "ja", wann? _____
Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt? (Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben)	
Sofern ein ärztlicher Befundbericht vorliegt, fügen Sie bitte eine Kopie bei.	

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragservice  
 20911 Hamburg

**14. Selbstauskunft Medikamenteneinnahme**

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden)			

Welche Medikamente wurden bzw. werden verabreicht (bitte genaue Angabe, bzw. ggf. ergänzen)	
Wegen welcher Gesundheitsstörungen, Beschwerden oder aus welchen sonstigen Gründen wurden bzw. werden Arzneimittel genommen?	
Von wann bis wann wurden bzw. werden die Medikamente eingenommen?	
Name und Anschrift der behandelnden Ärzte bzw. Krankenhäuser, die Medikamente verschrieben oder verabreicht haben	

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragsservice  
 20911 Hamburg

**15. Selbstauskunft Migräne / Kopfschmerzen**

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden)			

Seit wann besteht die Migräne?	
Welcher Auslöser ist Ihnen bekannt?	
Wie oft im Monat tritt die Migräne auf?	
Wie lange dauert der Migräneanfall jeweils an?	
Handelt es sich um eine Migräne mit oder ohne Aura?	
Wann trat der letzte Anfall auf?	
Welche Beschwerden treten auf? (Übelkeit, Schwindel o. Ä.)	
Wie lautet die ärztliche Diagnose?	
Welche Therapien werden angewandt?	<input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie <input type="checkbox"/> andere                      _____
Welche Medikamente werden eingenommen und in welcher Dosierung?	
Fand bereits ein stationärer Aufenthalt in einer Schmerzklinik statt und ggf. wann bzw. ist ein solcher geplant?	
Sonst. Behandlungen (z. B. CT, EEG)?	
Bestanden wg. der Migräne Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?	
Wurden Sie beim Hausarzt oder beim Facharzt (Neurologen) behandelt (Name und Anschrift angeben)?	

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

---

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)
------------	--



Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragservice  
 20911 Hamburg

## 16. Selbstauskunft Prostata-, Harnwegs- und Nierenerkrankungen

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden)			

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet?	
Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?	
Welche Medikamente wurden eingenommen?	
War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____
Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde eine Operation durchgeführt? Falls "ja", Art und Zeitpunkt der Operation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Ursachen sind bekannt? (z. B. Bluthochdruck, Zysten)	
Welche Beschwerden bestehen bzw. bestanden?	
Wann fand die letzte Behandlung statt und seit wann besteht Beschwerdefreiheit?	
Bei welchen bisher Ärzten Behandlungen bzw. in welchen statt? Krankenhäusern (Bitte Namen und die vollständige Anschrift angeben)	
Besteht Einnierigkeit? (Falls "ja", bitte ärztlichen Befund beifügen)	

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Advigon Versicherung AG  
 KV-Antragsservice  
 20911 Hamburg

## 17. Selbstauskunft Tinnitus

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden)			

Bestehen/bestanden Ohrgeräusche?	<input type="checkbox"/> Ja von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Nein
Traten die Ohrgeräusche nach einem Hörsturz auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls "nein", welche andere Ursache liegt vor? _____
Auf welcher Seite treten die Ohrgeräusche auf?	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
Welche Behandlung wurde durchgeführt?	
Wann fand/findet die Behandlung statt?	
Sind Behandlungen für die Zukunft angeraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> angeraten <input type="checkbox"/> Nein
Ist der Hörnerv noch intakt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie wegen des Tinnitus im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar am (ggf. von/bis) _____
Wann fand die letzte Behandlung statt?	
Seit wann besteht Beschwerdefreiheit?	
Bei welchen Ärzten oder Heilpraktikern fanden bisher Behandlungen wegen dieser Erkrankung statt? <small>(Bitte Namen und die vollständige Anschrift angeben)</small>	

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)
------------	--

Advigon Versicherung AG

KV-Antragservice

20911 Hamburg

## 18. Selbstauskunft Wirbelsäulen- und Rückenbeschwerden

Versicherungsnehmer:		Versicherte Person:	
Vorname; Name		Vorname; Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Versicherungsnummer (falls vorhanden)			
<b>Seit wann bestehen bzw. bestanden die Beschwerden?</b>			
<b>Ärztliche Diagnose?</b>			
<b>Über welche Zeiträume bestanden in den letzten drei Jahren Beschwerden?</b>		<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig	
<b>In welchem Bereich treten die Beschwerden auf?</b>		<input type="checkbox"/> des Nackens? <input type="checkbox"/> der Brust? <input type="checkbox"/> der Lenden? <input type="checkbox"/> mit Ausstrahlung in <input type="checkbox"/> die Schulter? <input type="checkbox"/> die Arme? <input type="checkbox"/> das Gesäß? <input type="checkbox"/> die Beine? <input type="checkbox"/> die Brust?	
<b>Liegen den Beschwerden eine der folgenden Ursachen zugrunde?</b>		<input type="checkbox"/> eine Wirbelsäulenverletzung, z. B. infolge zu schweren Hebens, einer schnellen Drehung oder eines Sturzes? <input type="checkbox"/> eine Überbeanspruchung, z. B. durch zu langes Sitzen, Stehen, oder durch Sport? <input type="checkbox"/> eine Erkrankung der Wirbelgelenke? <input type="checkbox"/> Muskelverspannungen? <input type="checkbox"/> eine Abnutzung? <input type="checkbox"/> ein Bandscheibenvorfall? <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten? <input type="checkbox"/> eine Rückgratverkrümmung? <input type="checkbox"/> eine sonstige Bandscheibenerkrankung? ggf. welche sonst? _____	
<b>Wann und wie lange wurden Sie behandelt?</b>			
<b>Erfolgten die Untersuchungen bzw. Behandlungen</b>		<input type="checkbox"/> im Krankenhaus? <input type="checkbox"/> durch einen Heilpraktiker? <input type="checkbox"/> durch einen Facharzt, z. B. einen Orthopäden? <input type="checkbox"/> durch den Hausarzt? <input type="checkbox"/> in einer Kurklinik oder im Sanatorium?	
<b>Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?</b>			
<b>Welche Untersuchungsergebnisse liegen Ihnen vor?</b> (z.B. CT)			
<b>Welche Maßnahmen wurden vom behandelnden Arzt angeordnet bzw. vorgenommen?</b>		<input type="checkbox"/> Gymnastik <input type="checkbox"/> eine Operation? <input type="checkbox"/> Packungen? <input type="checkbox"/> Massagen? <input type="checkbox"/> ein Stützapparat? <input type="checkbox"/> Spritzen? <input type="checkbox"/> Bäder? <input type="checkbox"/> Wärmebehandlung, z. B. Bestrahlungen? <input type="checkbox"/> Medikamente, ggf. welche? _____	
<b>Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, seit wann? _____	

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen (unter 16 Jahre deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)